Universidade Estadual de Londrina

THAÍSE ROSSELI MOREIRA DANTAS

CAMINHOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

Londrina
2023

THAÍSE ROSSELI MOREIRA DANTAS

CAMINHOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha Psicologia Social e Processos Institucionais.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Alexandre Gomes Nalli.

Londrina
2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Dantas, Thaíse Rosseli Moreira .

Caminhos da institucionalização na atenção psicossocial infantojuvenil / Thaíse Rosseli Moreira Dantas. - Londrina, 2023.
221 f.

Orientador: Marcos Alexandre Gomes Nalli.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2023.
Inclui bibliografia.

1. Juventude - Tese. 2. Psicologia - Tese. 3. Saúde mental comunitária - Tese. 4. Saúde pública - Tese. I. Nalli, Marcos Alexandre Gomes. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

THAÍSE ROSSELI MOREIRA DANTAS

CAMINHOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha Psicologia Social e Processos Institucionais.

BANCA EXAMINADORA

____

Orientador: Prof. Dr. Marcos Alexandre Gomes Nalli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

____

Profa. Dra. Flavia Fernandes de Carvalhaes
Universidade Estadual de Londrina - UEL

____

Profa. Dra. Maria Lucia Boarini
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 13 de fevereiro de 2023.

Ao menino cujo espírito livre foi reiterada e deliberadamente enclausurado. Ele que abraça forte o mundo como quem tem fome de amor. E tantos outros que aí estão, aprisionados entre-nós. Esse trabalho é uma expressão do meu coração para o seu, coração. E nele arde todo o desejo por mudanças bombeado pressurosamente em minhas veias.

"Querer-se livre é também querer livres os outros" (Simone de Beauvoir)

AGRADECIMENTOS

Refletindo sobre os caminhos que me trouxeram a este exato momento, são muitos os encontros que despontam em minha memória. Todos contribuíram, à sua maneira, para a construção deste percurso. Cito, especificamente, alguns que ressoaram de modo muito potente, na esperança de que os demais se sintam contemplados e tocados pelo meu carinho e minha gratidão.

Não tenho como deixar de agradecer, em primeiro lugar, à minha avó Olga Pires Moreira, por me despertar o interesse pela leitura, pela docência e por tudo que é humano. Por zelar pela Thaíse criança mesmo quando já havia me tornado adulta. Onde estiver, sua vida ainda pulsa em mim, e pulsou de maneira muito especial no decorrer deste mestrado.

Agradeço ao meu orientador, Marcos Nalli, por confiar em meu trabalho e por conduzir esse processo com tanta paciência e sabedoria. Obrigada pelas trocas, ensinamentos e direcionamentos.

Às professoras Flávia Fernandes de Carvalhaes e Maria Lucia Boarini, fontes de grande inspiração. Obrigada por aceitarem o convite para compor a banca examinadora e pelas contribuições sensíveis e valiosas.

À Universidade Estadual de Londrina, pelo ensino público gratuito e de qualidade. E aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, que enriqueceram esta jornada de maneira tão acolhedora e transformadora.

À minha mãe, Marcie Rosseli Moreira, por todo investimento em minha formação profissional e humana, por sempre exigir que eu não seja nunca menos do que tudo aquilo que almejo ser.

Ao meu pai, Valmir de Souza Dantas, por me ensinar tanto sobre a vida, até mesmo de modo não intencional, por deixar o caminho livre para que eu pudesse crescer por onde eu desejasse.

Ao meu companheiro de vida, Lucas Grecco Concato, por tornar o caminho mais leve, sempre, por ser meu grande incentivador e por trazer um pouco de organização para a minha bagunça. Obrigada pelo amor e suporte que transbordam em gestos de afeto. Amo você, amo nós dois!

Ao pequeno Dante, meu afilhado e sobrinho amado. A chegada dele deixou a vida mais ritmada. Obrigada por sentar ao meu lado para me ajudar a estudar. O olhar dele me impulsiona para a vida.

Ao meu irmão Danilo, guardião das minhas lembranças da infância, e minha cunhada Andressa, especialista em drinques de combate ao estresse. Obrigada pelos almoços de domingo que ajudam a recuperar o fôlego.

Aos amigos que preenchem a vida de sentidos. Em especial, à amiga-irmã Samara Suellen Rodrigues, não só por compartilhar comigo reflexões, percepções e vivências sobre a vida de maneira geral e sobre este trabalho em específico, mas sobretudo pelo apoio, carinho e cuidado em todos esses anos de amizade.

À Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, pelo indeferimento parcial de minha solicitação para capacitação, pois conciliar toda a carga horária de um mestrado com o cumprimento de uma jornada de trabalho de 40 horas semanais certamente não foi uma tarefa fácil, mas reiterou o compromisso ético-político subjacente a essa empreitada. Um viva ao SUS e seus trabalhadores que cotidianamente fazem "das tripas coração" para garantir um cuidado digno, universal, integral e equânime aos seus usuários, apesar do desinvestimento e das adversidades.

Às amigas da Regional de Saúde, pela compreensão e retaguarda nas trincheiras do 13º batalhão. De maneira especial, à minha amiga Amanda Caroline Olivo, um verdadeiro encontro de almas, por dividir comigo o seu neurônio e exercer cumulativamente a função de ego auxiliar.

À Nádia, minha psicóloga, por me ajudar a entender que este trabalho também é uma forma de elaborar as marcas de um território que vivi com todo meu corpo.

Ao CAPSi, onde foi realizada esta pesquisa, pela disponibilidade, receptividade e atenção, pelo compromisso com a produção de conhecimento e pela preocupação com uma prática afetiva, efetiva e implicada. Aos seus trabalhadores e demais trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial do Brasil contemporâneo, toda a minha admiração.

Por fim, mas não menos importante, às crianças e aos adolescentes que passaram por minha vida profissional e tocaram meu coração, cada um ao seu modo, inspirando o presente trabalho.

Dantas, T. R. M. (2023). *Caminhos da institucionalização na atenção psicossocial infantojuvenil*. 221 páginas. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

RESUMO

A presente pesquisa buscou investigar como se desenvolvem, atualmente, os processos de institucionalização do público infantojuvenil assistido por um serviço substitutivo de saúde mental. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e objetivo exploratório e descritivo. Quanto aos procedimentos técnicos e instrumentos de coleta de dados, caracteriza-se como pesquisa documental, uma vez que se dedica a explorar os registros que compõem os prontuários de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Foram analisados os prontuários de dois usuários encaminhados para internação psiquiátrica em determinado momento da assistência ofertada, sendo utilizado como critério para escolha do primeiro caso o maior número de encaminhamentos para internação psiquiátrica (com um deles tendo ocorrido entre os anos de 2018 e 2019), assim como para o segundo, contudo, aliado ao critério de exclusão de que se tratasse de usuário com sexo, idade e diagnóstico distinto do primeiro caso selecionado. De maneira complementar à análise dos prontuários, foram utilizados os demais documentos do serviço, como protocolos, atas de reuniões e autos processuais presentes em seus arquivos. Os casos foram apresentados de modo a tensionar as narrativas dos documentos oficiais, buscando lançar um outro olhar sobre esses discursos a partir da análise dos resultados, os quais foram discutidos com base no referencial teórico de Michel Foucault e de autores da Reforma Psiquiátrica. Foram definidas duas categorias analíticas: "a tríade da institucionalização infantojuvenil na atualidade" e "a díade psi-jurídica no controle de trajetórias". Na primeira, foram identificadas três instituições presentes no percurso assistencial dos casos estudados (hospital psiquiátrico, centro socioeducativo e acolhimento institucional) e problematizado o circuito pelo qual essas instituições operam. Em seguida, foi procedido com um debate acerca do saber-poder envolvido na operacionalização desse circuito, caracterizado por alianças e disputas entre os campos psi e jurídico. Por fim, foram discutidas as possibilidades de efetivação da atenção psicossocial nesse contexto, a partir da defesa de uma clínica do território, com suas implicações históricas e políticas. Aponta-se para a importância de se avaliar o trabalho desenvolvido no âmbito da atenção psicossocial na contemporaneidade. Conclui-se que se faz necessário um investimento financeiro no plano macropolítico e, em contrapartida, um investimento afetivo no plano micropolítico, como forma de resistência aos processos de precarização das políticas públicas e da vida de modo geral. Vislumbra-se, dessa forma, transformar o poder sobre a vida em potência de vida por meio de práticas criativas e insurgentes.

Palavras-chave: Juventude. Psicologia. Saúde Mental Comunitária. Saúde Pública.

Dantas, T. R. M. (2023). *Paths of institutionalization in psychossocial care of children and adolescents*. 221 sheets. (Masters Dissertation in Psychology). State University of Londrina, Londrina.

ABSTRACT

This research pursued to investigate how the processes of institutionalization of children and adolescents assisted by a substitute mental health service are currently being developed. This is a qualitative study with an exploratory and descriptive objective. As for the technical procedures and data collection instruments, it is characterized as documentary research, since it is dedicated to exploring the entries of the medical records of users of a Psychosocial Care Center for Children and Adolescents. The medical records of two users referred for psychiatric hospitalization at a given time of the assistance offered were analyzed, using the highest number of referrals for psychiatric hospitalization as a criterion for choosing the first case (with one of them having occurred between the years 2018 and 2019), as well as for the second, however, combined with the exclusion criterion that it was a user with gender, age and diagnosis different from the first selected case. In addition to the analysis of the medical records, other documents from the service were used, such as protocols, minutes of meetings and court records present in its files. The cases were presented in order to strain the narratives of the official documents, seeking to take another look at these discourses from the analysis of the results, which were discussed based on the theoretical framework of Michel Foucault and authors of the Psychiatric Reform. Two analytical categories were defined: "the triad of child and youth institutionalization nowadays" and "the psy-legal dyad in controlling trajectories". In the first, three institutions present in the care path of the cases studied were identified (psychiatric hospital, socio-educational center and institutional shelter) and the circuit through which these institutions operate was problematized. Then proceeded with a debate about the knowledge-power involved in the operationalization of this circuit, characterized by alliances and disputes between the psy and legal fields. Finally, the possibilities of actualize psychosocial care in this context were discussed, based on the defense of a clinic in the territory, with its historical and political implications. It points to the importance of evaluating the work developed in the field of psychosocial care in contemporary times. It is concluded that a financial investment is necessary at the macropolitical level and, on the other hand, an affective investment at the micropolitical level, as a form of resistance to the processes of precariousness of public policies and of life in general. In this way, it is envisaged to transform the power over life into the power of life through creative and insurgent practices.

Keywords: Youth. Psychology. Community Mental Health. Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIS	Consórcio Intermunicipal de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMNP	Companhia Melhoramentos Norte do Paraná
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CSM	Centro de Saúde Mental
CTNP	Companhia de Terras Norte do Paraná
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
eMAESM	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental

ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBEM	Fundação Estadual de Bem Estar do Menor
Funabem	Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
GSUS	Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial do SUS
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPb	Reforma Psiquiátrica brasileira
SAM	Serviço de Assistência a Menores
SAREH	Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar
SCNES	Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMCA	Saúde Mental da Criança e do Adolescente
SMRJ	Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Técnico de Referência
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa obteve seu impulsionamento inicial a partir das vivências pessoais e profissionais da autora como psicóloga no Sistema Único de Saúde (SUS). Primeiro, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município de pequeno porte no interior do Paraná, onde exercia um trabalho por vezes solitário que consistia na oferta de cuidados em saúde mental a uma população, em grande parte, marcada por situações de vulnerabilidades e violências diante das quais a psicóloga recém-formada sentia uma significativa impotência. Pessoas às quais se dedicava de segunda a sexta-feira e, por vezes, após um final de semana, ao ir novamente em seu encontro, descobria que não estavam mais ali, pois haviam sido encaminhadas para internação psiquiátrica. Ali surgiu um pequeno questionamento que, com o passar do tempo, se transformou em uma série de indagações, sendo elas: o que teria acontecido nesse intervalo de dois dias que justificasse um "sumiço" dessa natureza? Pois a sensação de não encontrar algum usuário nessas manhãs de segunda-feira correspondia a um sentimento de apagamento. A sala de atendimento vazia diante do não comparecimento de José, o quarto de Maria vazio durante a visita domiciliar, a praça ao lado da UBS silenciosa diante da ausência de João. O que teria acontecido? A resposta dada pelos colegas geralmente era "o doutor mandou internar". Restava o silêncio, o vazio, e algum nível de incômodo que aquela jovem profissional não sabia ainda muito bem qual sentido atribuir. Por outro lado, as histórias de vida transmitidas, muitas vezes por um olhar marejado, os risos que ecoavam nas casas de um único cômodo, onde viviam famílias inteiras e as conversas compartilhadas sob a sombra de um pé de jabuticaba, indicavam que havia algo a mais nesse ofício que também precisava ganhar significado.

Depois de uma curta experiência como psicóloga em uma Unidade de Pronto Atendimento, surgiram algumas pistas do que é que acontecia em um intervalo de dois dias para justificar esses "sumiços". As justificativas, contudo, ainda pareciam frágeis. O incômodo do vazio se tornou incômodo da inadequação. De algum modo, parecia que aquelas pessoas em sofrimento colocadas aos cuidados da autora não deveriam estar ali, pois demonstravam atrapalhar a ordem e a rotina do

serviço. E se elas não pertenciam àquele lugar, seu não pertencimento era sentido pela própria profissional, como se essa também não pertencesse ao local.

O sentimento de pertença veio logo depois, ao iniciar os trabalhos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) recentemente inaugurado. Ali cabiam todos os tipos de pessoas. Essa psicóloga já não era tão inexperiente, mas tudo era novo. Tudo era surpresa e movimento, provocando outras movimentações também no modo de atuação dessa profissional. A sala vazia da UBS se transformou em sala de oficina terapêutica cheia de vida. As paredes pálidas da Unidade de Pronto Atendimento se transformaram em portas abertas cheias de cor, pintadas artesanalmente. Restava, contudo, algo a compreender: vez ou outra os usuários continuavam "sumindo". Vez ou outra, nos intervalos dessa vida em movimento, eles permaneciam sendo encaminhados para internação psiquiátrica.

A noção de responsabilidade por esses sumiços só apareceu se tomando alguma distância da situação, ao deixar o lugar de assistência direta para ocupar um lugar de coordenação do serviço assistencial. Deste lugar, quando algum usuário saía da consulta médica com o laudo para internação psiquiátrica, parecia que algo havia falhado. Quando uma criança de oito anos foi transferida para um hospital cuja fama não era de hospitalidade, a imagem dessa criança sozinha em um quarto sem a vida das oficinas terapêuticas que compartilhavam anteriormente emergia de alguma maneira atordoante na cabeça da autora. O que havia falhado? Esses e tantos outros questionamentos passaram a ressoar de tal forma que foi preciso buscar respostas.

A presente pesquisa foi então delineada para que se pudesse responder o que ocorre nos percursos assistenciais de crianças e adolescentes encaminhados por um serviço de atenção psicossocial à internação psiquiátrica. Os questionamentos iniciais giravam em torno do fato de que há, em termos de legislação, um sistema de garantia de direitos formalmente instituído, tanto para a população infantojuvenil (Lei 8.069, 1990), quanto para o público dos serviços de saúde mental (Lei 10.216, 2001). Tais questionamentos levaram a formulações de hipóteses de que há algo entre os

saberes médicos e jurídicos implicado na continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes na atualidade.

Diante da afirmação de Quinderé, Sales, Albuquerque e Jorge (2010, p. 138), de que "os modelos de atenção à saúde são historicamente construídos como parte de um contexto sociopolítico e econômico", o que se coloca como tarefa, portanto, é pensar o modelo de atenção psicossocial dentro do contexto social, político e econômico atual, bem como as maneiras pelas quais os saberes e poderes que circulam nesse contexto interferem em sua efetivação. Cabe resgatar a afirmação de Vasconcelos (2007), a qual diz que a concretização de uma atenção psicossocial depende de certas condições históricas que devem ser constantemente analisadas de modo a dimensionar os desafios presentes e as possibilidades de superação desses.

No que diz respeito ao objeto de estudo proposto, em revisão bibliográfica, verificou-se a existência de uma ampla gama de pesquisas que se debruçaram a estudar sobre crianças e adolescentes que se encontravam internados em hospitais psiquiátricos (Braga & d'Oliveira, 2015; Scisleski, Maraschin & Silva, 2008; Silva, Hartmann, Scisleski & Pires, 2009), bem como sobre os desafios dos serviços substitutivos e do modelo de atenção psicossocial (Pinto & Ferreira, 2010; Quinderé et al., 2010; Sander, 2010), porém, foi localizado apenas um estudo contendo a problematização dos encaminhamentos para internação psiquiátrica realizados pelos serviços de atenção psicossocial, o qual coloca que "importa indagar: o que representa no cenário da Atenção Psicossocial encaminhar um usuário em acompanhamento no CAPS à internação? O que isso nos indica?" (Silva & Dimenstein, 2014, p. 40). Somando-se a essa indagação, um outro questionamento se coloca ao resgatar o estudo de Scisleski et al. (2008), no qual, ao analisarem os percursos de jovens em internação psiquiátrica, constataram que nenhum dos adolescentes participantes da pesquisa chegaram a ser atendidos por algum serviço substitutivo em momento anterior ao do internamento, o que leva a questionar quais são os caminhos percorridos por aqueles que o são. Dessa maneira, este estudo se propôs a analisar os arquivos documentais de um CAPSi, de modo a investigar os percursos institucionais e assistenciais de usuários desse serviço que haviam sido encaminhados para internação

psiquiátrica, visando compreender os processos de institucionalização desse público na atualidade. Para tanto, o estudo se inicia com uma contextualização histórica acerca das compreensões sobre a loucura da antiguidade à contemporaneidade. Em seguida, a pesquisa continua em relação às concepções de infância e adolescência ao longo do tempo.

No quarto capítulo, é empreendido um detalhamento metodológico sobre a execução da pesquisa, bem como uma caracterização do serviço estudado e de seu território de atuação para que, na sequência, fosse possível apresentar os casos analisados por meio de uma síntese de seus históricos assistenciais resgatados a partir dos arquivos documentais.

Por fim, é empreendida uma análise acerca dos principais conteúdos observados nos dois casos apresentados, promovendo uma discussão sobre os processos de institucionalização da infância e da adolescência na contemporaneidade e uma reflexão acerca dos saberes e poderes que se encontram implicados nesses processos. Tais aspectos são integrados no último capítulo de modo a favorecer a conjectura de percursos outros, nos quais a proposta da atenção psicossocial possa vir a encontrar um caminho para sua efetivação.

Espera-se que a série de perguntas, indagações, questionamentos e problematizações, inerentes à metodologia qualitativa aqui adotada, tomem a forma de um exercício político capaz de promover transformações (Mansano, 2012), de modo que a tarefa de pautar os modos de funcionamento da atenção psicossocial infantojuvenil na atualidade contribua para o próprio fortalecimento daquela.

2. AS TRILHAS DA LOUCURA DA ANTIGUIDADE À CONTEMPORANEIDADE

> Eu sou o medo do fraco, a força da imaginação, o blefe do jogador
> Eu sou, eu fui, eu vou
> Eu sou o seu sacrifício, a placa de contramão, o sangue no olhar do vampiro e as juras de maldição
> Eu sou a vela que acende, eu sou a luz que se apaga
> Eu sou a beira do abismo, eu sou o tudo e o nada
> Por que você me pergunta? Perguntas não vão lhe mostrar
> Que eu sou feito da terra, do fogo, da água e do ar
> (Gîtâ – Raul Seixas)

Definir saúde mental é uma tarefa complexa que perpassa as noções de normal e patológico. Trata-se de um conceito cuja construção histórica parte da concepção de loucura, que por sua vez, é investida por diferentes significados e compreensões ao longo da história da humanidade até que se chegue ao estatuto de objeto de estudo e de intervenção de determinado campo de conhecimento como se observa hoje (Esquinsani & Dametto, 2012; Gama, Campos & Ferrer, 2014). Estellita-Lins (2000, p. 54) afirma que

> Segundo a hipótese foucaultiana, a noção de doença mental surge, na cultura ocidental, ocupando um lugar que teria sido da loucura. A doença como objeto de conhecimento, racionalidade e experimentação científica se justapõe e acaba sendo confundida com a loucura. Entretanto, a experiência da loucura aparece como mais fundamental, básica e original em seus movimentos rudimentares, tanto do ponto de vista da ordem sucessiva dos acontecimentos, da cronologia, como da ordenação lógica das necessidades, portanto, da fundamentação.

Em suma, o que se compreende atualmente enquanto saúde mental e os instrumentais teóricos e técnicos que visam apreender as particularidades dessa área para a construção de um campo

profissional e científico, emerge em determinado contexto histórico-social e, portanto, encontra-se indissociável da concepção de loucura no decorrer da história (Henna, 2014). Sendo assim, considera-se importante um breve resgate das concepções predominantes acerca da loucura em períodos distintos, de modo a compreender o processo pelo qual veio a se constituir enquanto fato médico.

Partindo-se da antiguidade, a loucura era compreendida na Grécia antiga desde um ponto de vista do sagrado. Trata-se, portanto, de uma determinação advinda dos deuses, com os quais aqueles acometidos pela loucura teriam uma ligação direta (Françoia, 2005; Vasconcellos, 2000). Com o nascimento da filosofia, a loucura passou a ocupar também o pensamento filosófico, surgindo as primeiras elaborações sobre razão e desrazão (cuja oposição real se consolidou apenas na Idade Clássica, com Descartes), porém, ainda numa perspectiva na qual a loucura é apreciada, como se pode observar na citação de Platão (1989 como citado em Vasconcellos, 2000, p. 20) que ilustra a questão da loucura em sua relação com o divino: "o delírio que procede dos deuses é mais nobre que a sabedoria que vem dos homens". Ainda neste contexto, a partir de Hipócrates, começaram a se delinear também as primeiras concepções organicistas em relação à loucura. De acordo com Françoia (2005, p. 46),

> com as formulações de Hipócrates (460 – 377 a.C.) grande médico da Antiguidade, houve uma exclusão total da explicação mitológica da loucura e o louco passou a ser compreendido – por uma doutrina que terá influência durante muito tempo na compreensão da loucura – como portador de um desarranjo da sua natureza orgânica em consequência do desequilíbrio das forças das condições ambientais.

Passando à Idade Média, o paradigma cristão predominante estrutura uma compreensão da loucura fortemente pautada no sobrenatural, porém, não mais enquanto propósito sagrado, mas como ilação profana (Françoia, 2005). As expressões da loucura são, portanto, expressões do maligno e merecem condenação. Nasce a ideia de periculosidade em relação à loucura, que assim como os demais comportamentos desviantes, deveria queimar na fogueira da inquisição, ou ao menos ser submetida a rituais de exorcismo (Esquinsani & Dametto, 2012).

Considerando que a baixa Idade Média foi um período assolado pela lepra e pela peste, ao fim desse período, a loucura emerge nas artes, seja com as tonalidades sombrias inerentes às experiências da época ou como um alívio cômico diante da morte (Esquinsani & Dametto, 2012; Henna, 2014). Com a crise da Idade Média e o início do movimento renascentista, as produções artísticas passaram a abordar a loucura sob outra perspectiva, mas ainda com uma certa ambivalência entre atração e assombro, o que se desdobra em duas formas de se conceber a loucura que se materializaram nas artes plásticas e literárias. Por um lado, observa-se a loucura retratada enquanto "experiência trágica" e, por outro, abordada pela "consciência crítica" (Frayze-Pereira, 1984, p. 56; Henna, 2014). Na perspectiva da experiência trágica, Frayze-Pereira (1984) menciona a pintura de Bosch, *A Nau dos Loucos*, como representação dramática de características apocalípticas. Por outro lado, Esquinsani e Dametto (2012) citam o ensaio *Elogio da loucura* de Erasmo de Roterdã para exemplificar a questão da loucura retratada não como tragédia, mas como fascínio acerca do humano, sendo a loucura pensada enquanto experiência humana que se apresenta como um negativo da sabedoria. Foucault (1972), ao mesmo tempo, integra e distingue essas duas perspectivas da época a partir da figura da Nau dos Loucos ao afirmar que

> De um lado, haverá uma Nau dos Loucos cheia de rostos furiosos que aos poucos mergulha na noite do mundo, entre paisagens que falam da estranha alquimia dos saberes, das surdas ameaças da bestialidade e do fim dos tempos. Do outro lado, haverá uma Nau dos Loucos que constitui, para os prudentes, a Odisséia exemplar e didática dos defeitos humanos (p. 33).

Frayze-Pereira (1984, p. 59), contudo, compreende estas duas formas de se abordar a loucura como uma unidade e afirma que, apesar das representações distintas, "a 'experiência trágica' e a 'consciência crítica' da loucura interpenetram-se e formam uma única trama de significações", vindo a se configurar como uma forma predominante de se conceber a loucura no início do século XVI.



Figura 01 – *A Nau dos Loucos*, de Hieronymus Bosch.

Fonte: Carrasco (2020).

Adentrando à Modernidade, a consciência crítica relacionada à loucura ganhou força, sobretudo por meio de Descartes, cujas elaborações fazem surgir o conceito de desrazão (Henna, 2014). De acordo com Vasconcellos (2000, p. 20), "em Descartes fica claro como é fundamental para a construção de uma razão metódica que haja a implicação de uma cisão entre razão e desrazão. A loucura torna-se, então, um negativo da razão". O racionalismo moderno, portanto, colocou a loucura, filosoficamente, em um lugar de exclusão, à medida que também se insere em um contexto propício ao surgimento de instituições que poderão efetivar seu aprisionamento (Frayze-Pereira, 1984).

É chegado ao período do "Grande Internamento", no século XVII, no qual se deu início à institucionalização da loucura. Até aqui, sendo presente divino ou maldição diabólica, a loucura circulava livre.

Com a ascensão da burguesia e a redução dos casos de lepra, os leprosários vazios se tornaram o espaço ideal para livrar as cidades da miséria. Eram nomeados "Hospitais Gerais", apesar da ausência de um caráter de tratamento de saúde, eram esses os locais para os quais foram enviados os pobres, miseráveis, vagabundos, mendigos e, também, os loucos. O século XVII é marcado pela criação desses hospitais, que foram sustentados por uma lógica, que era ao mesmo tempo moral e econômica: é uma forma de repressão da miséria, à medida que aprisiona a pobreza, afastando a sociedade de seus impactos; mas também uma estratégia econômica, uma vez que, colocando as pessoas internadas para trabalhar, poderia se adquirir uma mão de obra barata para a sociedade que caminhava em direção à produção capitalista. Nessa lógica permeada por questões morais e econômicas, o próprio trabalho adquiriu uma função de punição durante o internamento, de modo que este oscilava entre repressão e produção, prevalecendo a primeira (Frayze-Pereira, 1984; Henna, 2014).

Aqui, a ideia de periculosidade em relação à loucura, surgida na Idade Média e ganhou força novamente. Os loucos e demais "desajustados" eram, mais uma vez, concebidos como uma ameaça à sociedade. As pessoas que outrora queimavam na fogueira da inquisição são agora enviadas às casas de internação (Frayze-Pereira, 1984). Essa estratégia moral-econômica se mantém até o nascimento da Indústria, quando se tornou necessário realocar essa população no circuito produtivo. Contudo, os loucos e doentes, tidos como improdutivos, ficaram de fora desse circuito, sendo seus cuidados deixados a cargo da família ao final do século XVIII. Nesse cenário, as famílias sem condições de prestar esse cuidado passaram a demandar por internações de seus familiares, despontando a necessidade da criação de um espaço específico para asilar a loucura, no qual a medicina encontrou uma abertura para se inserir (Frayze-Pereira, 1984; Henna, 2014). Surgem, dessa forma, os asilos

para tratamento da loucura e esta, sob o domínio da medicina, transforma-se em alienação mental (Batista, 2014).

A partir do século XIX, a loucura se tornou, portanto, campo exclusivo da medicina e, como qualquer doença (*noso*) deverá ser descrita e classificada a partir de padrões clínicos, nos quais se adotam critérios nosológicos. Pessotti (1999) esclarece que a nosologia, enquanto enfoque médico-clínico, norteou a classificação e nomenclatura das afecções mentais (nosografia). É nesse contexto que as descrições sintomatológicas e etiológicas, presentes desde a Antiguidade e moldadas conforme as concepções sobre a loucura vigentes em cada época, sofreram transformações e adquiriram centralidade na passagem ao século XIX com o nascimento da psiquiatria, marcado pelo Tratado de Pinel (Pessotti, 1994). De modo semelhante ao que representou Pinel na França, figura com destaque a experiência de Tuke, na Inglaterra da mesma época.

De acordo com Frayze-Pereira (1984), sendo compreendida a loucura como um aprisionamento psíquico, o internamento emergiu como materialização dessa restrição de liberdade. Dessa forma, é suprido tanto o dever assistencial para com o louco, quanto a necessidade de proteção social, no sentido de proteger a sociedade da loucura. É assim que a internação vira lugar de cura (se torna asilo), e a loucura adquire valor de doença (pode, portanto, ser curada), abrindo espaço, nesse contexto, para inserção da medicina.

Henna (2014) pontua que a criação das casas de internamento foi demandada pela sociedade, de modo que foi a própria situação social que permitiu que essas adquirissem valor terapêutico, possibilitando que figuras como Tuke e Pinel entrassem em cena. Apesar das diferenças entre essas duas figuras, é possível tecer algumas aproximações, sobretudo ao se considerar que ambos foram tidos como ícones da humanização do tratamento da loucura, porém, nenhum dos dois libertaram os loucos (Frayze-Pereira, 1984). Inclusive, Henna (2014) discorre acerca da ausência de evidências sólidas de que o famoso gesto de Pinel de libertar os loucos das correntes tenha de fato ocorrido. Segundo a autora, Pussin, assistente de Pinel, teria, em 1797, tirado alguns internos das correntes em uma ocasião na qual Pinel não se encontrava na instituição. Três anos após esse acontecimento, na

publicação de seu Tratado, Pinel afirma ter feito o mesmo. Ocorre que, quando não haviam correntes, haviam camisas de força, o que coloca em questão a essência dessa libertação. Tuke, por sua vez, propunha a cura pela natureza, em um local semelhante a uma fazenda. O embasamento de seu Retiro é de que a loucura estaria relacionada ao distanciamento entre homem e natureza e, portanto, esse retorno poderia proporcionar sua recuperação. Frayze-Pereira (1984) pontua que Tuke não era da área médica, mas um clérigo protestante. Seu Retiro era uma comunidade religiosa que tinha por objetivo reproduzir uma dinâmica familiar e, de fato, teria reproduzido sobretudo o controle social e moral das instituições familiares. De acordo com o autor, a atitude do médico se assemelhava a de um pai severo que impõe punições e restrições. Em contrapartida, o louco ocuparia o papel de uma criança a ser educada. Essa pedagogia autoritária e normalizadora também pode ser encontrada em Pinel. Conforme aponta Pessotti (1994), o tratamento moral de Pinel visava a normalização dos comportamentos inadequados de acordo com os princípios éticos. Conforme aponta Nalli (2001, p. 42):

> A percepção clássica da loucura é caracteristicamente ética, e isso se mostra nas instituições de internamento, respondendo a uma necessidade ética que não era propriamente coesa, mas sim multifacetada: uma ética do trabalho (Foucault, 1972), mas também uma ética sexual (Foucault, 1972) e uma ética religiosa (Foucault, 1972) que formam, em conjunto, a ética da razão e da desrazão (Foucault, 1972). O que tem como consequência uma compreensão dualista da patologia mental (Foucault, 1972). O internamento é uma resposta a esse padrão ético multifacetado na medida em que é sinônimo de punição ao ocioso e ao pobre, ao devasso e libertino, ao blasfemo. Essa resposta também atingiu o louco, na medida em que ele teve, na Idade Clássica, uma íntima relação com essas três classes de desarrazoados e imorais. Em uma palavra, o internamento é a resposta como punição à desrazão.

Neste sentido, o método pineliano consistia, sobretudo, em observação constante e punição imediata (Frayze-Pereira, 1984). De qualquer forma, o pioneirismo das formulações de Pinel quanto à observação científica seguida de descrição e classificação deixou um legado aos seus sucessores,

apesar das críticas quanto ao caráter vago e ambíguo de alguns de seus postulados, sobretudo no que diz respeito aos fatores etiológicos. É a sua busca por objetividade através da observação sistemática, como tentativa de aproximação metodológica com as ciências naturais, que traçou o percurso da medicina em relação à loucura, agora transformada em alienação mental, durante todo o século XIX.



Figura 02 - Pinel libertando os loucos, por Tony Robert-Fleury (1837-1912)

Fonte: Simquevits (2020)

De acordo com Pessotti (1999), as formulações de Pinel, que em seguida foram ampliadas e aperfeiçoadas por seu discípulo Esquirol, por meio de propostas de categorização sintomática, foram centrais durante a primeira metade do século XIX e passaram a ser questionadas apenas na segunda metade do mesmo século, sendo as décadas finais deste marcadas pelas contestações e redefinições das classificações iniciais, que tornaram-se basilares para o surgimento de diversas classificações ulteriores. Segundo Martinhago e Caponi (2019), em meados do século XIX emergiram

considerações sobre as diferenças entre normal e patológico, de maneira que "busca-se elaborar classificações de comportamentos e condutas que ocorrem na vida cotidiana dos sujeitos. Deste modo, vários comportamentos passam a ser considerados como desviantes e objeto de estudo e práticas médicas" (Martinhago & Caponi, 2019, p. 75).

Com efeito, o século XIX foi marcado por uma infinidade de classificações que se tratavam da loucura e uma consequente dificuldade de defini-la, com abordagens diversas que se debruçaram desde as questões orgânicas até as comportamentais e emocionais (Pessotti, 1994). O organicismo, contudo, ocupou lugar de destaque devido ao estatuto de cientificidade. Segundo Frayze-Pereira (1984), a psicanálise surgiu ainda no século XIX de modo revolucionário em relação à noção de ciência desta época. De acordo com o autor, "a significação psicanalítica da loucura não passa pela dicotomia normal/anormal, pois a angústia, a dor, os desejos e as fantasias são constitutivos da vida psíquica de todos os indivíduos" (Frayze-Pereira, 1984, p. 90). Contudo, conforme aponta Pessotti (1999), o paradigma médico dominante admitia apenas critérios nosológicos em relação à loucura, não havendo espaço para definições filosóficas e/ou psicológicas. Sendo assim, a teoria psicanalítica não atingiu os padrões da época e o que imperou foi a concepção de loucura enquanto doença a ser abordada de maneira objetiva e sob a lógica positivista.

Ao final do século XIX, é possível observar uma diversidade de construções teóricas e práticas, formulações divergentes e dissensos em relação à loucura e suas classificações. Essa "confusão doutrinária", como nomeia Pessotti (1994, p. 202), teve como consequência, inclusive, a adoção de terapêuticas absurdas, segundo o autor. Contudo, em meio a esse cenário caótico que se delineia, sobretudo em torno do embate de dois modelos hegemônicos, o organicismo clássico e o biologicismo, por vezes psicológico, emergiu a atitude clínica, cujo rigor direcionou a teoria da loucura do século XX.

Kraepelin é uma figura representativa dessa passagem do século XIX ao século XX. De acordo com Pessotti (2006), se o subjetivismo foi desprezado devido aos critérios de cientificidade da época, as lesões cerebrais hipotéticas presentes nos estudos anteriores em nada dele se diferenciariam,

conforme apontamentos de Kraepelin. Nesta perspectiva, portanto, devem ser mantidas apenas as evidências empíricas, sem as especulações sobre lesões cerebrais que seriam compatíveis ao que se é observado. Dessa maneira, é a partir da evolução da sintomatologia que se chega ao diagnóstico e se define, portanto, a conduta terapêutica. O organicismo foi mantido com as contribuições da teoria de degenerescência de Morel[1], da segunda metade do século anterior. Isso porque, para Kraepelin, as doenças mentais se originariam de diferentes evoluções sintomáticas. Dessa forma, doenças distintas seriam apenas variações de um único distúrbio, ou, uma mesma doença poderia se apresentar de maneira diversificada. Apesar do forte viés organicista, Kraepelin introduziu termos relacionados ao psiquismo e às funções psíquicas. Estes, contudo, foram abordados apenas do ponto de vista da medição, a partir das contribuições psicométricas de Wundt[2]. Assim sendo, as doenças mentais foram concebidas apenas como um conjunto de sintomas que se manifestam devido a disfunções cerebrais. Os sintomas são efeitos e não causa, de modo que não possuem nenhum significado. Por esse motivo, suas formulações contribuíram para a consolidação do primado da nosografia, através de sua proposta de uma psicopatologia unicamente descritiva (Martinhago & Caponi, 2019).

O forte viés positivista da psiquiatria, que Kraepelin vem a reforçar com suas elaborações extremamente objetivistas, passou a ser contraposto já nas primeiras décadas do século XX. De acordo com Pessotti (2006), as questões subjetivas passaram a ganhar destaque e se tornaram uma área de interesse, sobretudo para as "jovens 'ciências humanas'" (Pessotti, 2006, p. 115) como a Psicologia. Nesse cenário, a fenomenologia de Husserl e a psicanálise de Freud adquiriram papéis fundamentais. Se por um lado, como citado anteriormente, a psicanálise foi ignorada pelo cientificismo do final do século XIX (Frayze-Pereira, 1984), no início do século XX suas formulações

---

[1] Morel compreendia a alienação em uma relação direta com a transmissão genética, a raça, a higiene e o clima (A. R. Lima, 2010). De acordo com Castel (1991), o viés organo-genético de Morel propiciou o desenvolvimento de ações profiláticas relacionadas aos alienados em potencial, considerando que sua teoria argumentava a existência de grupos predispostos às afecções mentais.

[2] Wilhelm Wundt era um professor alemão do século XIX, tido como o responsável por inaugurar uma Psicologia científica que rompe com explicações metafísicas do comportamento humano (Araujo, 2009).

passaram a receber atenção, de modo que as publicações de Freud de 1920 e 1924 acerca das psicoses e neuroses marcaram a "nova psicopatologia do século XX" (Pessotti, 2006, p. 115).

A ideia de que os sintomas são dotados de funções e significados a serem explorados fez emergir novas concepções nesse período. Bleuler, por exemplo, trouxe importantes inovações à psiquiatria ao se subsidiar, concomitantemente, em duas teorias tão distintas como as de Kraepelin e Freud. A partir de suas formulações, "além do levantamento nosográfico, à maneira de Kraepelin, cabe ao clínico decifrar o significado (afetivo) dos sintomas levantados e, mais ainda, interpretar e explorar terapeuticamente a função compensatória deles" (Pessotti, 2006, p. 117). Dessa forma, apesar de mantida a nosografia, Bleuler realizou alguns ajustes à teoria de Kraepelin, substituindo o termo "demência precoce" pelo termo "esquizofrenia", por exemplo, por entender que o que caracterizaria o quadro psicopatológico não seria a deterioração mental, mas a dinâmica entre complexos, deixando clara a influência da psicanálise. Para Bleuler, portanto, as funções mentais não se encontram alteradas, mas defendidas, através de sintomas primários como os por ele designados de "cisão" e "autismo", que respectivamente separam e isolam os conteúdos psíquicos para fins defensivos. Seriam esses sintomas primários que originariam os demais. No que diz respeito a sua teoria da personalidade, esta fica conhecida como uma psicopatologia genética, não por partir de relações com genes, mas por buscar a gênese da personalidade normal e psicopatológica. Neste sentido, a personalidade seria formada a partir de fatores maturacionais e reativos na relação com o ambiente, ou seja, a partir do processo de maturação biológica, por meio do qual o desenvolvimento ocorre e da reação desse às vivências proporcionadas pelo ambiente em que o indivíduo se encontra inserido (Pessotti, 2006).

Jaspers, por sua vez, a partir de 1913, demonstrou inquietações epistemológicas relacionadas ao conhecimento de eventos não observáveis, as quais foram discutidas por ele até o ano de 1959. De certa forma, opondo-se à psicanálise, sem, contudo, negar alguns de seus preceitos, Jaspers concorda que os sintomas possuem significados, mas afirma que são inacessíveis. Em contrapartida, Minkowski, de 1927 a 1968, propôs uma nova concepção em relação à loucura. Para ele, a loucura

seria um modo diferente do homem interagir com o mundo. Não se trata de uma relação de natureza errada ou doentia, apenas diversa. Os sintomas são, portanto, um modo de estar no mundo e, se tratando do existir, Minkowski propõe abrir mão da precisão, afirmando haver algo de inexato na existência humana. Dessa forma, ganha importância o sujeito e perde importância a nosografia. Há aqui uma certa ruptura com a ideia prevalente ao longo da história de loucura como perda da razão. Para Minkowski, a loucura seria, na verdade, um excesso de razão, ou seja, a razão pura sem as tonalidades afetivas da vida. Seu pensamento, junto à análise existencial proposta por Binswanger, deu origem à psicopatologia fenomenológica, precursora do movimento de antipsiquiatria, que buscou traduzir sua teoria em prática terapêutica e assistencial (Pessotti, 2006).

Após esse breve período de valorização da subjetividade na primeira metade do século XX, a farmacoterapia passou a ser difundida em meados desse mesmo século, proporcionando uma atualização do velho organicismo sob a nova nomenclatura de psiquiatria biológica. Segundo Pessotti (2006), a subjetividade deu lugar novamente à catalogação, havendo uma desvalorização do exame diagnóstico e seus acervos teóricos nos moldes anteriores para a proposta de uma nosografia que se tornou supostamente ateórica no avançar das edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Contudo, à medida que a psiquiatria biológica progride e se consolida nas edições dos manuais diagnósticos, um movimento contrário se iniciou na Itália e na França dos anos 50 do século XX, que posteriormente se difundiu em outros países e cujo objetivo seria denunciar as práticas psiquiátricas abusivas das instituições hospitalares (C. Oliveira, 2016).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) foi publicado em 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), diante da "necessidade de organizar sistemas diagnósticos, de modo que houvesse uma padronização nas categorias de doenças, as quais atenderiam às finalidades acadêmicas, terapêuticas, legais, administrativas e financeiras" que se emerge a partir da segunda metade do século XX (Martinhago & Caponi, 2019, p. 76). Essa primeira edição se pautou em um forte viés psicanalítico e sua catalogação foi disposta em categorias diagnósticas que perpassam uma divisão assentada nos conceitos de neurose e psicose, apesar de se

demarcar uma etiologia basicamente biológica, contudo, sem desconsiderar o contexto social. Em 1968, foi publicada a segunda edição, a qual tinha por objetivo estar em consonância com a 8ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID 8), porém, tal objetivo não foi atingido de maneira exitosa, causando insatisfação. Por este motivo, já no ano seguinte a sua publicação, foi dado início a uma revisão do manual. Observa-se, ainda, nessa segunda edição, a prevalência de constructos psicanalíticos.

A versão III do DSM, de 1980, por sua vez, visou uma padronização, haja vista as divergências diagnósticas observadas entre diferentes países. Para tanto, utilizou-se da recém-surgida "medicina baseada em evidências". De acordo com Martinhago e Caponi (2019, p. 78), "neste contexto, a prática psiquiátrica é direcionada para identificação de sintomas, definição de diagnósticos e testar a eficácia dos medicamentos". Dessa maneira, a versão III do DSM pode ser compreendida, de certa forma, como um retorno a Kraepelin e seus pressupostos de neutralidade e objetividade, sendo a partir desta edição que o Manual passa a adotar uma postura ateórica: "o Manual foi elaborado em um contexto de biomedicalização da prática psiquiátrica, em que as classificações são, obrigatoriamente, distintas das teorias preconizadas pelas abordagens psicossociais e psicanalíticas dos manuais antecessores" (Martinhago & Caponi, 2019, p. 78).

> A versão DSM-III rompe definitivamente com a psiquiatria clássica. A partir desta, os quadros psicopatológicos serão apresentados como transtornos mentais que serão diagnosticados a partir da presença de certo número de sintomas (identificados a partir de uma lista presente no manual para cada transtorno) e que devem estar presentes na vida do sujeito por um intervalo definido de tempo. Além disso, a psiquiatria americana consolida-se como discurso hegemônico . . . (Guarido, 2007, p. 154).

Acerca desse retorno à Kraepelin e a pretensão de uma perspectiva ateórica, T. Oliveira (2019) discorre que:

> No período em que os DSMs I e II foram publicados a psiquiatria norte-americana era dominada por profissionais influenciados pela psicanálise e pela psicobiologia, já os autores

> do DSM-III, os neo-kraepelianos, de certo modo exilados da psiquiatria norte-americana, contribuíram para o abandono de diversos termos, pretendendo transformar o DSM em um modelo de classificação ateórica e descritiva. Aqui é possível levantar um questionamento acerca desta proposta, como pensar em um modelo ateórico? Os neo-kraepelianos não trazem para as classificações propostas no manual suas escolhas, decisões e vieses teóricos? (p. 58)

Vale ressaltar que a publicação da terceira edição do DSM coincide, temporalmente, com o auge do movimento antimanicomial e de desinstitucionalização da loucura. O que a desinstitucionalização defende é justamente a superação da díade problema-solução, na qual se encontra o diagnóstico psicopatológico para direcionamento da terapêutica, reduzindo toda a complexidade do sujeito à nosografia. As reivindicações do movimento antimanicomial demandavam uma nova postura por parte da psiquiatria, cuja resposta veio no DSM III, por meio do resgate e enrijecimento de uma postura reducionista e positivista clássica. Segundo Caponi (2011, p. 843), "longe de uma reflexão crítica dos postulados questionados pelos defensores de direitos, ocorreu uma radicalização e um retorno às velhas teses da psicologia biológica do século XIX". As críticas promovidas pelo movimento da antipsiquiatria são recebidas como equívoco, sendo rebatidas por meio da seguinte defesa: "um engano conceitual comum é de que a classificação dos distúrbios mentais classifica as pessoas, quando realmente o que está classificando, são os distúrbios que as pessoas têm" (APA, 1989 como citado em T. Oliveira, 2019, p. 58).

Uma revisão, o DSM III-R, foi lançada em 1987, vindo a sofrer críticas devido a uma precariedade metodológica. A novidade proporcionada por essa revisão diz respeito à inclusão de um apêndice intitulado "categorias diagnósticas propostas que requerem mais estudo", item que se manteve nas edições seguintes até a atual (T. Oliveira, 2019). Em 1994, foi publicado o DSM IV, cuja principal novidade foi a inclusão do critério de significância clínica para algumas categorias. No ano 2000, foi publicada uma revisão, o DSM-IV-TR, que recebeu algumas críticas relacionadas a questões de ambiguidade e imprecisão em suas postulações. A última edição publicada até o

momento, o DSM-5, é datado de 2013. Nesta edição, o principal foco esteve em torno de mensurar a gravidade dos sintomas e seus capítulos foram dispostos considerando os ciclos de vida.

Observa-se, ainda, a psicopatologização de questões sociais, como problemas de relacionamento e ocupacionais, pobreza, discriminação, entre outros, que são excluídos da noção de sofrimento inerente às condições e trajetórias de vida para ocupar o lugar de transtorno individual, reduzindo a complexidade da vida a um diagnóstico. As críticas a essa edição se dão em razão de uma confidencialidade excessiva que envolve o processo de sua elaboração, desorganização metodológica e prazos de conclusão inviáveis. Ademais, as renovações são questionadas por profissionais que observam que essas não se tratam de verdadeiras inovações e descobertas, mas da redefinição de nomenclaturas sintomatológicas e definições operacionais de síndromes (Martinhago & Caponi, 2019).

Ainda, em relação às sucessivas edições do DSM, um ponto merece destaque: é possível observar tanto a redução do intervalo de tempo entre a publicação de uma edição e a edição subsequente, quanto o aumento progressivo do número de diagnósticos presentes entre as edições. De acordo com T. Oliveira (2019), entre a primeira e a segunda edição do DSM, decorreram-se 16 anos. Entre a segunda e a terceira edição, o intervalo de tempo decorrido reduziu para 12 anos. A revisão da terceira edição, por sua vez, foi publicada 7 anos após essa, mesmo intervalo de tempo decorrido entre a publicação do DSM-III-R e o DSM-IV. Já a revisão da quarta edição foi publicada após 6 anos da publicação dessa. Apenas no que se refere à quinta edição é que o intervalo de tempo volta a ser maior, sendo o DSM 5 publicado 13 anos após a publicação do DSM-IV-TR. Em contrapartida, os 128 diagnósticos presentes na primeira edição passam para 193 na segunda edição, 228 na terceira edição, 253 no DSM-III-R e 383 no DSM-IV. O DSM-IV-TR mantém o número de 383 diagnósticos, porém, na 5ª edição, são acrescidos 158 diagnósticos (o maior aumento em relação às edições anteriores), vindo a contabilizar 541 diagnósticos presentes nessa última edição. Tais dados são demonstrados graficamente na figura abaixo.

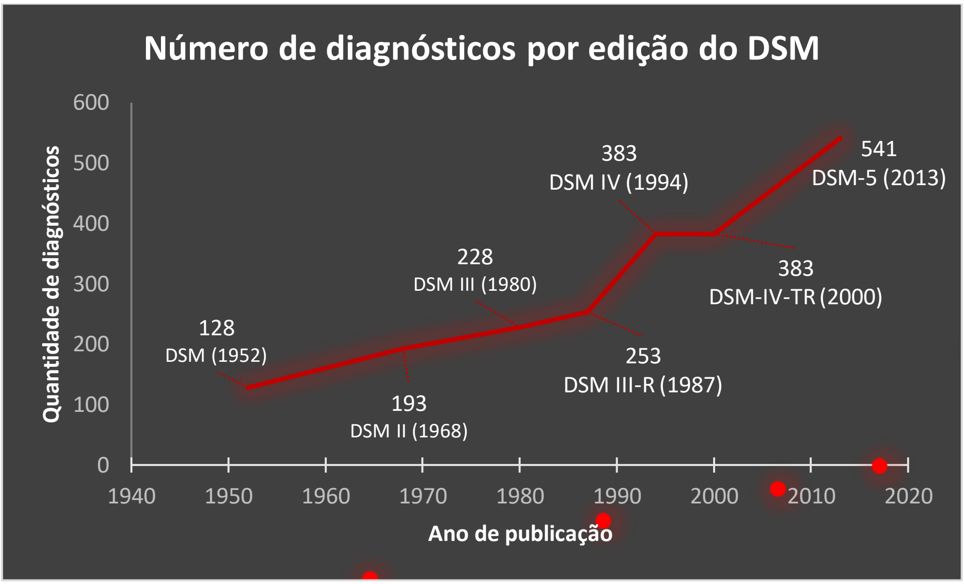


Figura 03 – Número de diagnósticos por edição do DSM

Fonte: T. Oliveira (2019)

Conforme aponta T. Oliveira (2019, p. 41)

Ao longo das edições dos DSMs a quantidade de diagnósticos psiquiátricos se multiplicou, passando de 128 em sua primeira edição a 541 em sua atual versão (DSM-5) . . . Percebe-se um aumento exponencial na quantidade de categorias diagnósticas ao longo das edições do DSM, especialmente na última edição quando os critérios para definição das categorias adotados têm seus métodos baseados em estatística e não na clínica.

Outro ponto de destaque se refere ao conflito de interesses da equipe responsável pela elaboração dos manuais diagnósticos. De acordo com Gonçalves (2016, p. 94)

. . . o número total de membros com conflitos de interesse com a indústria farmacêutica subiu de 56% no DSM-IV para 69% para o DSM-5, mantendo o maior nível de conflito entre os grupos cujos diagnósticos de estudos envolviam prescrição de medicamentos como primeira linha de tratamento . . .

Em síntese, a partir do momento em que a nosografia adquire novamente centralidade e passa a direcionar o tratamento em saúde mental das últimas décadas, tendo como aliada a farmacoterapia, pode se observar que “houve uma fissura no modo de entender o sofrimento psíquico, e ali esvaíram-

se a subjetividade e a história de vida dos sujeitos" (Martinhago & Caponi, 2019, p. 86). Essa fissura que, para melhor visualização, aqui se propõe que seja pensada enquanto abismo criado entre sujeito e subjetividade, ambos esmagados pela avalanche diagnóstica, que ainda hoje não pôde ser totalmente superada, apesar dos avanços dos movimentos antimanicomiais ao longo do tempo. T. Oliveira (2019), caracteriza este processo de psicopatologização da vida através dos manuais diagnósticos e estatísticos a partir de dois mecanismos específicos, sendo o primeiro a criação de novas categorias diagnósticas que patologizam comportamentos comuns e o segundo a flexibilização dos critérios diagnósticos já existentes. Por meio desse processo, o poder psiquiátrico se expande, redefinindo em termos médicos as diversas esferas da existência humana, que agora medicalizadas, encontram-se sob seu domínio e controle. Mas isso não ocorre sem alguma resistência de outros setores e movimentos sociais, como os já citados movimentos de antipsiquiatria e luta antimanicomial, o que será abordado adiante neste trabalho.

2.1 A HISTÓRIA DA LOUCURA NO BRASIL

Alarcón, Lolas, Mari, Lázaro e Baca-Baldomero (2020) afirmam que, na época correspondente ao período de colonização, a América Latina era composta por mais de 300 culturas e comunidades nativas. De acordo com os autores, essas culturas concebiam a loucura como expressões do maligno, de divindades, de feitiçarias e correlatos. Dessa forma, empregavam uma série de abordagens xamanísticas e rituais religiosos para manejo. Especificamente no que se refere ao Brasil, são encontradas poucas contribuições bibliográficas sobre as particularidades com que os povos tradicionais compreendiam e se relacionavam com a experiência da loucura antes da colonização interferir nessas relações, isso porque a colonização implica em um processo no qual

> os modos de vida e de ser dos povos nativos vão ser interditados pelos valores e concepções europeias e sentenciados como modos de vida e de ser não-humanos. Assim, autoriza-se toda sorte de ações de caráter predatório e exploratório, não só dos recursos naturais, como também

> desses seres não-humanos. Enquanto isso, os missionários religiosos empenham-se em transformar em almas verdadeiras os estranhos seres (José, 2010, p. 22).

Neste sentido, toma-se como alternativa pensar algumas aproximações gerais das culturas nativas latino-americanas, bem como, recorrer a trabalhos que buscam compreender "como nossas peculiaridades transistóricas e culturais têm marcado a feição dos sofrimentos psíquicos e, sobretudo, o modo de experimentá-los" (Pinho, 1982, p. 27).

Em pesquisa sobre a concepção de loucura para o povo Satere Mawe, da Amazônia brasileira, José (2010) ressalta que as experiências dos indígenas brasileiros são atravessadas pelos conflitos e contradições de seu contato com não-indígenas que interferem na apreensão dessas experiências. Ademais, pontua que há diferenças entre os modos de conceber a realidade e agir no mundo entre os povos nativos de todo o globo, inclusive entre os indígenas que habitam um país de dimensão continental como o Brasil. Dessa forma, semelhanças podem ser encontradas nesse sentido, porém, não são indicativos de homogeneidade. No que se refere às experiências Satere Mawe da loucura, a autora menciona que "são consequências de desarmonias no fluxo das relações entre os humanos" (José, 2010, p. 168) e destaca relatos dos povos Satere Mawe de algo denominado por eles como *mikyry'iwo hap*, que seriam estados caracterizados pela psiquiatria como alucinações, delírios, agitação psicomotora e perda de controle, bem como relatos de experiências nomeadas como *mimoko'i,* que trata de experiências de transformação num sentido amplo, desde comportamentos não aceitos socialmente até a transformação do espírito de alguém em espírito animal. Quanto ao tratamento que é direcionado a tais condições, a autora descreve que é

> Com uma prática de cuidado massivo — assim como é massivo o sofrimento mental — que os Satere Mawe tratam os que vivenciam experiências da loucura em seu contexto: rezam; benzem; dão banho com alho na cabeça; várias pessoas seguram com força ou seguram na rede, pra não deixar a pessoa correr e se perder, pra não deixar a pessoa se afogar, usam remédio caseiro para fazer uma puxação no corpo; fazem companhia, conversam, levam

> coisas para a pessoa não pensar muito; ajudam a família a cuidar da pessoa (porque só o marido, por exemplo, não dá conta); chamam o pajé . . . (José, 2010, p. 168).

Álvaro Rubim de Pinho (1922-1996) foi um pesquisador da área de psiquiatria transcultural no Brasil e da vertente desta denominada psiquiatria folclórica, termo cunhado por Carlos Alberto Seguín, referência da psiquiatria transcultural latino-americana que se debruçou sobre as terapêuticas indígenas e por quem Álvaro Rubim de Pinho nutria grande admiração (Dalgalarrondo, Santos & Oda, 2003). Em um de seus artigos, intitulado "Aspectos Históricos da Psiquiatria Folclórica no Brasil" (1982), Rubim de Pinho dá corpo ao seu trabalho de psiquiatra-antropólogo e etnógrafo através da análise dos parcos documentos existentes, relacionados à experiência com a loucura, datados dos três primeiros séculos de colonização, e entrevistas com discípulos de figuras históricas significativas da época (Dalgalarrondo, 2004). O referido artigo esclarece que o Brasil colônia raramente recebeu pesquisadores, motivo pelo qual inexiste uma literatura médica luso-brasileira desse período. Uma exceção seria Guilherme Piso[3], que esteve no país no curto período de domínio holandês em meados de 1600, e de sua breve passagem derivou a obra *História natural da medicina no Brasil*. No livro de Piso não consta um capítulo específico sobre comportamentos e costumes, porém, a parte inicial inclui recomendações que, na leitura de Pinho (1982), relacionam-se a cuidados de cunho preventivo, dentre os quais é citada a recomendação de se controlar a melancolia para suportar o clima.

Diante da escassez de publicações da época, Pinho (1982) recorre às cartas dos jesuítas e dos relatos de viajantes para a reconstituição deste período. A partir dos documentos estudados, o autor afirma que não houve registros das experiências da loucura entre os nativos nos primeiros séculos de colonização. Em consonância, Dalgalarrondo (1997) pontuou que médicos, naturalistas e demais pessoas que participaram das expedições afirmaram não haver casos de insanidade entre os povos indígenas e africanos. Com a ampliação do colonialismo, passou-se a receber mais atenção os modos

---

[3] Médico chefe de expedição científica enviada ao Brasil pelo governo holandês.

de se vivenciar a loucura dos povos tradicionais, os quais foram relacionados ao processo civilizatório. Essa correlação, contudo, não faz menção às consequências da exploração colonial desses povos e condições sub-humanas as quais eram submetidos. Ao contrário, justificavam o enlouquecimento de negros e indígenas através de teorias de que o cérebro desses povos seria primitivo e diminuto e, portanto, não desenvolvido para a vida "civilizada".

Dessa forma, com a expansão colonial, gradativamente, a loucura passa a se tornar uma questão no território brasileiro. A vinda de Maria Leopoldina para se casar com Dom Pedro I trouxe ao Brasil pesquisadores como Von Martius[4], que esteve no país de 1817 a 1820. De sua vinda, surgiram publicações sobre a questão da loucura no Brasil, mais especificamente entre negros e indígenas, tomada a partir de um viés médico. Von Martius, em seus registros, descreveu alguns aspectos dos povos ditos "primitivos", registrando a "raridade das moléstias psíquicas". O naturalista menciona que a única "doença mental" que ouvira falar seria algo comparado a "licantropia", quando o sujeito se comporta como um cão ou lobo raivoso - do mutismo e do isolamento, o paciente transitava para a grande agitação, com sede de sangue humano, uivando e buscando cadáveres e apresentando em seguida abatimento e febre (Pinho, 1982, p. 19). De acordo com o naturalista:

> Os selvagens brasileiros rarissimamente são sujeitos às doenças mentais. Suas ideias apáticas, mania melancólica, inteligência circunscrita, em relação a tudo que diz respeito à mais alta e requintada vida espiritual, explica porque lhes são estranhas as alienações da psique, que entre nós provêm das extremadas emoções e das imaginações mórbidas. Se excluímos o delírio passageiro da embriaguez, a raiva do ciúme ou do ódio, quase não existe paixão que possa levar o índio a um desarranjo mental. Porém, muita vez, se notam: demência e idiotia, provavelmente consequências de traumatismos graves ou de doenças internas que evolveram desfavoravelmente. A única doença mental de que ouvi falar deveria ser comparada com a licantropia . . . Este fato se pode observar, epidemicamente, nos homens e nas mulheres, e isto

---

[4] Carl Friedrich Philipp Von Martius (1794-1868) foi um naturalista alemão, autor do livro "natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros", publicado em 1844.

> principalmente depois de contínua licenciosidade, embriaguez, danças, e excitações de outra natureza. Os índios acreditam que a feitiçaria seja causadora disto. Os missionários consideram sempre necessário separar logo os doentes da sociedade, para que o mal não se alastre mais (Von Martius, 1844 como citado em Dalgalarrondo, 1999, p. 1).

Cabe destacar que a vinda de Von Martius ao Brasil coincide com o período em que a loucura é tomada como fato médico no território Europeu e passa a ser catalogada, como abordado no capítulo anterior. Conforme mencionado por Dalgalarrondo (1999), o trecho extraído da obra de Von Martius (1844) torna explícitas as noções propagadas pelo alienismo da época, mas no que se refere ao território brasileiro, afirma se tratar, provavelmente, dos primeiros registros nos quais a loucura, no Brasil, é abordada por um ponto de vista médico. É, portanto, especificamente nesse período, início do século XIX, que se inicia um processo através do qual a loucura se transformará em doença mental no Brasil (Henna, 2014). Este processo ocorre a partir da necessidade de desenvolvimento de novos mecanismos de controle (Engel, 2001), decorrente da urbanização e do imperativo de manutenção da ordem nas cidades, que se estimulou a partir de dois marcos históricos: "a vinda da família real em 1808 e a Independência em 1822" (Oda & Dalgalarrondo, 2004, p. 129). É desse imperativo que surgirão as pressões sociais para se restringir a circulação daqueles considerados desordeiros, das quais a medicina lançará mão para se colocar como instância do controle social clamado. De acordo com Fonte (2012), após ter sido ignorada por trezentos anos, a loucura passa a receber intervenção do Estado com a chegada da Família Real.

Oda e Dalgalarrondo (2004) citam que, durante todo o período colonial, a forma como a loucura era tratada se direcionava de acordo com as condições socioeconômicas do louco. Os ricos ficavam em casa ou eram enviados à Europa. Caso se agitassem, eram mantidos em um cômodo separado da residência. Os pobres, por sua vez, vagavam pelos espaços públicos. Se agitados, eram levados às cadeias, onde permaneciam em situações degradantes, amarrados e mal alimentados. Nos casos em que a loucura era mais evidente, poderia haver encaminhamento aos hospitais filantrópicos, que apesar do nome, não consistia em locais de tratamento de saúde. "Na verdade, no que se refere

às enfermarias de alienados da Santa Casa da capital imperial, parece que não havia vantagens com relação à Cadeia Pública” (Oda & Dalgalarrondo, 2004, p. 129). Os setores para insanos dos hospitais de caridade espalhados nas principais cidades brasileiras foram, portanto, precursores da criação dos hospícios.

> Tais hospitais poderiam contar com uma assistência médica precária e eventual, mas sua principal intenção era caritativa: dar aos necessitados abrigo, alimento e cuidados religiosos. O mesmo se deu com relação aos estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados pobres, que surgiram bem antes da psiquiatria nacional constituir-se como uma disciplina médica delimitada, quase sempre fundados a partir de estruturas asilares das Santas Casas de Misericórdia (Oda & Dalgalarrondo, 2004, p. 130).

Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978) descrevem tais condições a partir da afirmação de que a assistência hospitalar nos séculos XVII e XVIII foi, na verdade, uma assistência à miséria, não à doença; e a manutenção dessas estruturas dependia também da caridade da população. Dessa forma, o tratamento era sobretudo material e religioso, e a atuação médica, apesar de eventualmente presente, era precária e escassa. Contudo, as transformações políticas e econômicas decorrentes do fim do período colonial no início do século XIX também transformaram esse cenário. É a partir desse ponto que a medicina se colocou enquanto instância possível de estabelecer o ordenamento social necessário, conforme mencionado anteriormente. “Se a sociedade, por sua desorganização e mal funcionamento, é causa de doença, a medicina deve refletir e atuar sobre seus componentes naturais, urbanísticos e institucionais visando a neutralizar todo perigo possível” (Machado et al., 1978, p. 155). Trata-se de período de ofensiva da medicina para se implantar enquanto medicina social, capaz de promover ordenamento de modo a atingir os padrões de civilidade europeus. Foi por meio desse movimento que a medicina passou a se inserir na sociedade e a corroborar com as mudanças que começaram a se estruturar, pois, a partir do processo denominado medicalização da sociedade, ela fez o hospital passar de órgão caritativo a equipamento de cura, criou os hospícios enquanto dispositivo de enclausuramento disciplinar do louco, a quem concedeu o estatuto de doente,

inaugurou a clínica enquanto modelo hegemônico que fecha espaço para modelos alternativos de tratamento, entre outros feitos. Acerca deste processo, Machado et al. (1978) descrevem que

> a partir do século XIX a medicina em tudo intervém e começa a não mais ter fronteiras; a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído unicamente pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos; e a descoberta de que, com o objetivo de realizar uma sociedade sadia, a medicina social esteve, desde a sua constituição, ligada ao projeto de transformação do desviante - sejam quais forem as especificidades que ele apresente - em um ser normalizado (p. 156).

Nesse contexto, a partir do início dos anos 30 do século XIX, a medicina brasileira embarca com mais afinco na jornada para tomar para si a loucura. Em 1831, a Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ), criada dois anos antes e cujos objetivos caminhavam diretamente no sentido de implantação de uma medicina social e incluíam informar, orientar e esclarecer o governo acerca das questões relativas à saúde e higiene pública, critica a forma como a loucura era tratada em relatório para melhorias da Higiene Pública (Oda & Dalgalarrondo, 2004). A palavra de ordem da SMRJ era, já em 1830, direcionada para a criação de um espaço específico para a loucura: "aos loucos, o hospício" (Machado et al., 1978). Em seguida, no ano de 1835, o médico José Francisco Sigaud publicou artigo no qual se criticava a circulação livre dos loucos pela cidade, mencionando que esses evocam risos, ridicularizações e sentimentos de pena por parte dos que com eles se encontram, e que apesar de aparentemente inofensivos, por serem loucos, estariam sujeitos a ataques de fúria repentinos. Dessa forma, sendo risco e incômodo, a solução para a loucura seria a criação de hospícios. Em 1839, o médico Luiz Vicente De-Simoni reitera essa recomendação em um artigo sobre a importância e necessidade da criação de manicômios (Oda & Dalgalarrondo, 2004). Vale ressaltar que esse artigo é escrito em um contexto político de instabilidade, ao fim do que se denominou período regencial. Para além da independência em 1822,

o Brasil precisaria avançar para figurar entre as nações modernas. Para tanto, além da organização política, era almejado o estabelecimento de padrões culturais e institucionais que se aproximassem ao ideal europeu.

Nascido na Itália, De-Simoni se mudou em definitivo para o Brasil em 1822. Letrado e culto, seria uma figura adequada para possibilitar o projeto de civilização almejado, de tal forma que a propagação dos ideais europeus se manifestou também em relação ao tratamento a ser direcionado à loucura. No referido artigo datado de 1839, De-Simoni defende o tratamento moral da loucura proposto pelo médico francês Pinel e, considerando que essa proposta precisava do espaço dos hospícios para ser praticada, a defesa da necessidade de criação desses estabelecimentos se tornou central. Lança mão, ainda, do argumento de que qualquer um pode enlouquecer diante das adversidades da vida e que a ausência de tratamento faz com que a loucura progrida. Visando sensibilizar e obter apoio político, afirmava que aqueles ocupantes de cargos públicos e de classe social elevada estariam ainda mais suscetíveis a enlouquecer. Não demorou muito para que os políticos brasileiros incorporassem e reproduzissem esse discurso médico, o disseminando (Oda & Dalgalarrondo, 2004). De acordo com Engel (2001, p. 12):

> A construção da noção científica de doença mental implicaria uma série de apropriações de imagens da loucura veiculadas pelo senso comum. No entanto, as ideias e as vivências leigas da loucura expressariam, ao mesmo tempo, rejeições e assimilações de várias concepções elaboradas e difundidas pelos alienistas e psiquiatras.

Entende-se, portanto, uma espécie de retroalimentação que embasará a concepção da loucura no Brasil do século XIX: à medida que a medicina lança mão do clamor popular de restrição da circulação da loucura para o ordenamento social, a própria população também absorve os argumentos médicos que embasaram a recomendação de criação dos hospícios.

Dessa forma, a criação do primeiro hospício é decretada por Dom Pedro II em 1841, sendo inaugurado em 1852. Ainda no segundo reinado (1841-1889), foram criados outros hospícios em demais localidades do país: São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Rio Grande do Sul e Ceará. Porém,

tais estabelecimentos permaneciam sob administração das instituições filantrópicas e religiosas, vindo a serem ocupadas pelo saber médico apenas na passagem do século XIX ao século XX (Oda & Dalgalarrondo, 2004). De fato, tratavam-se de instituições não de cura, mas de exclusão. Segundo Resende (2007, p. 39), "a função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza". Afastados de sua direção, os médicos teceram críticas contundentes ao hospício desde a sua criação, argumentando em favor de uma medicalização desse espaço (Amarante, 1994).

A partir do estabelecimento de uma medicina social é tornado possível, portanto, que a psiquiatria se constitua como tal. Conforme apontam Machado et al. (1978, p. 376) "do processo de medicalização da sociedade, elaborado e desenvolvido pela medicina que explicitamente se denominou política, surge o projeto – característico da psiquiatria – de patologizar o comportamento do louco, só a partir de então considerado anormal e, portanto, medicalizável". Os autores esclarecem que é possível observar que o mesmo grupo de médicos que buscou estabelecer a medicina social foi o que levantou a bandeira da psiquiatria, contudo, ressaltam que não se tratam de dois movimentos correlatos que coexistem, mas da "inclusão, como parte integrante e derivada, do louco nas medidas de medicina social" (Machado et al., 1978, p. 376). Tendo a medicina social garantido um lugar específico para a loucura, cabe agora à psiquiatria adentrar este espaço. Para tanto, o mecanismo utilizado coincidirá com aquele adotado pela medicina social: a aquisição de poder político. Já no século XIX, a medicina havia se consolidado como um saber especializado imprescindível à efetivação do poder do Estado. A inauguração de uma psiquiatria científica, que busca um desenvolvimento próprio, para além transposição e da mera reprodução das teorias francesas de Pinel e Esquirol, permite o estabelecimento de relação entre medicina e psiquiatria e, consequentemente, o reforço político buscado agora por essa última, permitindo-a atuar no campo da loucura, dentro e fora dos hospícios (Portocarrero, 2002).

Com a Proclamação da República, a psiquiatria alcança seu almejado reconhecimento por agradar aos ideais republicanos que visam se distanciar do antiquado funcionamento dos hospícios

que remete ao absolutismo político do período anterior. Ademais, o novo ordenamento social solicita que a psiquiatria ultrapasse os muros do hospício e se desloque para o espaço onde vivem as pessoas e, portanto, onde se estruturariam as doenças mentais.

> Efetivamente, com a chegada dos republicanos ao poder, em janeiro de 1890, o Hospício de Pedro II é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública, passando a denominar-se Hospício Nacional de Alienados. Logo no mês seguinte é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública estabelecida pela República. No âmbito da assistência são criadas as duas primeiras colônias de alienados, que são também as primeiras da América Latina (Amarante, 1994, p. 76).

O modelo asilar de colônias agrícolas em instituições rurais abertas (*open door*) é inspirado em experiências europeias e se baseia na proposta de reproduzir uma comunidade rural onde, abolidas as contenções, os loucos convivam fraternalmente e na qual o trabalho ganha centralidade na terapêutica asilar. O surgimento deste modelo, segundo Amarante (2007a), vem de um relato que mistura história e ficção acerca de uma aldeia belga chamada Geel. Uma princesa, ao fugir dos assédios de seu pai viúvo, teria se refugiado na referida aldeia. Contudo, o diabo, que também estaria por trás do assédio sexual do rei, acabara por entregar seu esconderijo. Dessa forma, fora encontrada e, diante de sua resistência, fora decapitada pelo pai em praça pública. Ocorre que um alienado que assistiu à cena teria subitamente se curado. Por esse motivo, na data da morte da princesa que fora canonizada, loucos e seus familiares chegavam à aldeia, vindos de diversos lugares da Europa, em busca da cura nos rituais sagrados de homenagem. Muitas vezes era necessário participar dos referidos rituais por anos consecutivos, motivo pelo qual os familiares acabavam por deixar seus alienados sob os cuidados da comunidade local até o ano seguinte, custeando financeiramente a estadia. Inseridos na comunidade, os alienados passaram a participar ativamente de sua rotina, trabalhando com foices e enxadas e apresentando melhora no quadro, o que se concluiu ser uma cura pelo trabalho.

No Brasil, essas colônias surgem como alternativa à superlotação dos hospícios e como possibilidade de reabilitar o louco, torná-lo produtivo e devolvê-lo à sociedade para ser inserido na lógica capitalista, promovendo a sua “adoção” por famílias que viviam nas redondezas dessa comunidade, em geral financeiramente desfavorecidas, as quais receberiam alguma remuneração do Estado (Amarante, 1994; Claper, 2020; Resende, 2007). Esses princípios que abrem mão do isolamento para uma abordagem menos restritiva, Portocarrero (2002, p. 120) denomina como uma “ilusão de liberdade”. Vale ressaltar que, apesar da eliminação de medidas de força propagadas pelo ideal do *open door*, tal movimento não implicou em uma eliminação da repressão. Ademais, tais tentativas restaram malogradas, tendo como destino as colônias agrícolas apenas manterem a finalidade precípua das instituições psiquiátricas de exclusão social daqueles que desagradam os ideais de ordem, saúde e higiene (Resende, 2007). Conforme aponta Amarante (2007a, p. 40), “. . . logo as colônias mostraram-se iguais aos asilos tradicionais. De uma aldeia de pessoas livres, com sua própria história e cultura, nasceram instituições asilares de recuperação pelo trabalho”.

Nessa mesma época, os princípios eugênicos passam a adquirir notoriedade na psiquiatria brasileira (Engel, 2001) e se cristalizaram após a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) em 1923 por Gustavo Riedel, direcionada à intervenção social baseada em ideias eugenistas, xenofóbicas, conservadoras e racistas, de modo que esse paradigma veio a fortalecer o asilo uma vez que pregava a assepsia normalizadora do espaço social (Amarante, 1994). O higienismo teve seu ápice no Brasil durante as décadas de 1920 e 1930 e, apesar de se tratar de um movimento relativamente pouco popular, era composto por importantes figuras da época, sobretudo médicos (Boarini, 2007), mas também políticos e outros intelectuais (Faggion & Boarini, 2018).

De acordo com Boarini e Yamamoto (2004, p. 5), "as ideias higienistas e eugenistas sobrepuseram-se em grande medida, o que dificulta analisá-las em separado". É possível iniciar essa distinção localizando o movimento higienista em relação à medicina social, que se ocupa do espaço urbano, o qual, a partir do processo de industrialização, necessita ser higienizado para se tornar salubre. "Com o avanço das descobertas científicas, a Medicina ganha legitimidade e seu discurso

higienista em tudo intervém, penetrando nos mais diferentes segmentos da sociedade brasileira: na família, na escola, no quartel, no prostíbulo etc." (Boarini & Yamamoto, 2004, p. 6). Daí se desdobra o higienismo mental, que conforme abordado no I Congresso Internacional de Higiene Mental teria por objetivo

> . . . fazer ao homem a sanidade mental, a máxima eficiência possível, numa palavra, a felicidade, porquanto, protegendo-o, atua sobre ele desde o berço ao túmulo, e afasta irritações nocivas. Sim, a higiene mental, em sua aplicação prática não deve exercer-se somente no terreno da psiquiatria senão em todos os domínios da vida social (Lopes, 1931 como citado em Boarini, 2007, p. 5).

De acordo com Faggion e Boarini (2018), os ideais eugênicos passaram a integrar o estatuto da LBHM de fato em 1929. O higienismo mental buscaria atuar por meios corretivos e preventivos, de modo que, dentro dessa perspectiva profilática, os ideais eugênicos se tornaram imperativos (Boarini, 2007). Essa articulação fica clara na citação de um psiquiatra alemão da época chamado Rudin, segundo o qual

> todos os indivíduos, tarados, mal são nascidos, precisam naturalmente, sem restrição, da melhor e mais ampla higiene mental. Seria, pois, grande erro, acreditar-se que nos males hereditários nada se pode conseguir com a higiene mental. Primeiramente, é certo, melhor seria não nascessem tais indivíduos, e isto mesmo quer agora a eugenia (Lopes, 1931 como citado em Boarini, 2007, p. 6).

A eugenia, portanto, apoia-se na ideia de superioridade de determinados grupos sociais em relação a outros. Foi sistematizada por Francis Galton na Inglaterra, no fim do século XIX (Faggion & Boarini, 2018). A superioridade pautada pela eugenia seria determinada por fatores biológicos, de modo que as problemáticas sociais são ignoradas em sua gênese. O enfoque biológico dado pelo movimento higienista e eugenista, desta forma, destituía a historicidade dos indivíduos e grupos sociais e a intencionalidade humana (Boarini, 2007), de tal modo que a pobreza era tratada como uma questão puramente racial, sendo ignoradas as consequências ocasionadas pela sociedade escravagista.

Nessa perspectiva, o médico Renato Kehl (1889-1974), figura importante do movimento eugenista, volta-se para a proposta de uma "qualidade racial" da população, fazendo uso da noção de um determinismo biológico para defender que a miscigenação seria causa da degeneração do povo brasileiro. "De acordo com Kehl (1935) os sujeitos eugênicos, ou seja, de 'boa estirpe' deveriam ser estimulados à procriação, em contrapartida, dever-se-ia eliminar gradual e progressivamente os indivíduos disgênicos" (Faggion & Boarini, 2018, p. 1252). Sob a perspectiva corretiva citada anteriormente, por outro lado, a população disgênica deveria ser higienizada através da educação (Boarini & Yamamoto, 2004).

Nesse cenário, os ideais higienistas e eugênicos se voltaram para a sociedade como um todo, buscando intervir nas diversas instituições, sob legitimação do discurso científico e da busca por modernização do país na passagem ao capitalismo moderno (Boarini, 2007). A medicalização da vida social é impulsionada, nesse momento, pela perspectiva higienista e penetra os diversos segmentos sociais e instituições que deveriam ser higienizadas para que se higienize os indivíduos (Boarini & Yamamoto, 2004). Conforme aponta Portocarrero (2002, p. 101):

> A prática psiquiátrica apontará novas normas de conduta, necessárias ao controle de uma sociedade burguesa, capitalista, feito por meio da higiene dos asilos, de uma nova ordenação dos doentes e de um esquadrinhamento da população. O esquadrinhamento da população resulta de uma reflexão médica analítica, que a divide fundamentalmente em normais e doentes mentais, ou seja, em úteis, produtivos, e inúteis, doentes.

De acordo com Portocarrero (2002), as prescrições normativas objetivavam intervir antes do aparecimento da doença, de maneira preventiva, visando prevenir, inclusive, a reprodução de indivíduos considerados hereditariamente inferiores, mas também educando para que as predisposições para a anormalidade não se manifestassem. Dessa maneira, a psiquiatria adentra mais a fundo no tecido social, visando normalizar e intervir em relação à população de forma geral, composta por doentes em potencial, que necessita ser educada.

Para tanto, investe nas produções teóricas sobre a diferenciação entre normal e patológico e aperfeiçoa uma nosografia que dará conta de incluir tanto os loucos propriamente ditos quanto aqueles considerados desviantes. No que tange à educação popular para fins preventivos, a criação de ambulatórios em hospitais foi o principal instrumental para atingir esse fim. O serviço ambulatorial, além de ser um local de profilaxia mental, também responderia a uma demanda gerada pela superlotação dos hospícios e colônias. Essa estratégia se pautaria na ideia de que a reclusão só seria obrigatória para casos de notória periculosidade. Outra alternativa para a superlotação se deu através da recomendação de criação de novos espaços especializados, como a de um local específico para internação de alcoolistas e que culminará na criação dos manicômios judiciários enquanto local específico para os loucos criminosos (Engel, 2001).

À medida que se desenvolviam os ambulatórios em contato com o mundo para além dos muros dos hospícios, dentro desses, também se disseminavam e se aperfeiçoavam métodos de investigação e de intervenção diversos. Novas técnicas[5], como o choque insulínico, o choque cardiazólico, a eletroconvulsoterapia e as lobotomias foram adotadas com entusiasmo nos anos de 1930 (Amarante, 1994) e receberiam os internos captados pelos ambulatórios que, em vez de cumprir com a função de reduzir as internações, colaboraram para seu aumento expressivo.

> Como era de se esperar, a população de internados, condenados a um caminho sem retorno, não cessou de crescer; a construção de novos hospitais ou a ampliação dos já existentes eram meros paliativos e as demandas por mais verbas e mais leitos a tônica dos relatórios e conclusões de encontros e congressos de especialistas (Resende, 2007, p. 52).

---

[5] Intervenções como o choque insulínico, o choque cardiazólico e a eletroconvulsoterapia são compreendidas como convulsoterapias, ou seja, consistem na adoção de uma terapêutica voltada à produção de convulsões por meio das quais se poderia curar as afecções mentais. O choque insulínico se originou a partir da hipótese de que manifestações sintomáticas poderiam ser atenuadas mediante um quadro hipoglicêmico. O choque cardiazólico, por sua vez, induz convulsões por meio da aplicação de um medicamento denominado Cardiazol. Já a eletroconvulsoterapia consistia na aplicação direta de uma corrente elétrica (Miranda et al., 2019). A lobotomia compreende uma outra modalidade de intervenções, denominadas "psicocirurgias", indicadas para pacientes refratários à primeira modalidade de intervenções aqui descrita (Masiero, 2003).

Ao final dos anos de 1950, a situação era caótica e a superlotação proporcionava um cenário de condições degradantes, sub-humanas e de maus tratos. Em socorro à instituição psiquiátrica desse período, surgiram as drogas antipsicóticas em 1955. De acordo com Amarante (1994), o aparecimento dos primeiros neurolépticos permitiu o uso sem embasamento técnico, atrelado à pressão da propaganda industrial, bem como para fins de repressão e violência e de modo a docilizar os pacientes internados, utilizados, portanto, como uma forma de manejar as dificuldades ocasionadas pela superlotação.

Na década de 1960 há a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a partir do qual o Estado passou a comprar serviços de psiquiatria do setor privado, de modo que a oferta de vagas em hospitais psiquiátricos privados buscava amenizar a superlotação das instituições públicas à medida que transformava a loucura em mercadoria.

> Este modelo privatizante (em todo o setor saúde, e não apenas no subsetor saúde mental) é de tal forma tão violento, concentrador, fraudulento e ganancioso, que contribui com parcela significativa de responsabilidade para a crise institucional e financeira da Previdência Social que se deflagra no início dos anos 80 (Amarante, 1994, p. 80).

Essa crise exigirá medidas de controle em relação ao setor privado por parte do Estado e da reorganização do setor público para suprir parte da demanda delegada aos serviços comprados. Esse contexto colaborou para o desenvolvimento de movimentos na década de 1970 que pediam por transformações.

Durante o processo de redemocratização do país, foi iniciada uma mobilização pela transformação das condições de saúde, denominado movimento de Reforma Sanitária. Dentro desse processo mais amplo e intimamente a ele relacionado, um processo semelhante, no que diz respeito especificamente à saúde mental, foi observado nesse mesmo período, o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), inspirado por movimentos afins concebidos ao redor do mundo (Yasui, 2010), os quais serão abordados a seguir.

2.2 Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica

Em meados do século XX, surgiram os primeiros movimentos de contestação da psiquiatria. No contexto histórico marcado pelo fim da Segunda Guerra Mundial, a população estava mais sensibilizada diante das consequências dessa última e, ao direcionarem um olhar mais atento às instituições psiquiátricas, observaram que elas em nada se diferenciavam dos campos de concentração no que diz respeito às condições de vida dos que ali estavam (Amarante, 2007a). Dessa forma, surgem propostas de transformação em vertentes diversas. Para fins didáticos, é possível dividi-las em três grupos: 1) Psiquiatria Reformada; 2) Psiquiatria Comunitária e 3) ruptura radical.

A Psiquiatria Reformada englobaria as experiências de Comunidades Terapêuticas da Inglaterra e de Psicoterapia Institucional, na França. A Psiquiatria Comunitária, por sua vez, se subdividiria na Psiquiatria de Setor, da França e na Psiquiatria Preventiva, dos Estados Unidos. Já a intenção de ruptura radical compreenderia os movimentos de Antipsiquiatria, da Inglaterra e de Psiquiatria Democrática, da Itália (Amarante, 2007a; Batista, 2014).

De acordo com Amarante (2007a), o primeiro grupo – Psiquiatria Reformada – visava transformar as instituições psiquiátricas para que, através de mudanças na forma de funcionamento e gestão, essas alcançassem os fins terapêuticos almejados. As Comunidades Terapêuticas partem da proposta de relações institucionais horizontais nas internações, de modo que todos assumissem um papel ativo durante o período de internamento, priorizando para tanto os espaços coletivos de reuniões, discussões, assembleias e atuação em equipe, conforme sistematizado por Maxwell Jones na Inglaterra, no final da década de 1950.

> Cabe ainda ressaltar que esta proposta original e inovadora não tem nenhuma relação com as atuais 'fazendas' e 'fazendinhas' de tratamento de dependência a álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam - de forma oportunista e fraudulenta - "comunidades terapêuticas" para ganharem legitimidade social e científica (Amarante, 2007a, p. 43).

Trata-se de transformar o hospital em uma comunidade na qual o coletivo tenha centralidade e as relações interpessoais se estabeleçam de modo a serem em si terapêuticas (Cézar, 2014).

A Psicoterapia Institucional, por sua vez, teve como expoente François Tosquelles, influenciado pela corrente marxista, na França de 1940, e objetiva tratar do que há de doentio na instituição em si (Cézar, 2014). Propõe-se uma escuta ampliada, sem a limitação de vertentes teóricas restritas, bem como introduz uma noção de acolhimento na qual a equipe seja de fato um suporte aos internos. O trabalho como estratégia terapêutica foi aqui resgatado, mas no intuito de proporcionar autonomia, participação e responsabilidade aos pacientes, através de atividades diversas. A bem-sucedida experiência contava também com a importância da horizontalidade nas relações institucionais, tal como a experiência inglesa, mas diferente desta, norteava-se pela transversalidade, nos moldes de um coletivo terapêutico (Amarante, 2007a).

Em relação ao segundo grupo mencionado, denominado Psiquiatria Comunitária, esta teria por objetivo superar a instituição psiquiátrica de forma gradual, investindo em serviços abertos e comunitários que coexistiriam com os manicômios até que estes não fossem mais necessários. A vertente denominada Psiquiatria de Setor, foi impulsionada pelas ideias do psiquiatra Lucien Bonnafé (Cézar, 2014) e, de acordo com Amarante (2007a), pensada para superar as limitações da Psicoterapia Institucional ao propor Centros de Saúde Mental (CSM) para continuidade do acompanhamento após a alta hospitalar e de modo a evitar novas internações. É caracterizada pela proposta até então inédita de regionalização da assistência psiquiátrica, sendo criados diversos serviços territoriais nos diferentes setores administrativos da França com base na distribuição populacional desses territórios. Ademais, os próprios hospitais foram subdivididos de acordo com esses setores, nos quais receberiam habitantes de um mesmo território, que seriam referenciados ao mesmo CSM após a alta, em que seriam atendidos pelos mesmos profissionais que os acompanharam durante a internação. De acordo com Ribeiro (2004), tendo iniciado sua trajetória em 1945, a Psiquiatria de Setor se estabeleceu como política oficial na França a partir de 1960.

Por outro lado, a Psiquiatria Preventiva, desenvolvida nos Estados Unidos da América por Gerald Caplan e chancelada pelo governo norte-americano no início dos anos de 1960, em um contexto nacional marcado por dificuldades econômicas e sociais, buscou atuar por meio da detecção precoce de sinais e sintomas para prevenção de doenças mentais. Guiada por uma compreensão a-histórica e individualizante dos sofrimentos mentais, a Psiquiatria Preventiva empreendeu uma verdadeira caça a "suspeitos", termo utilizado pelo próprio Caplan. Contudo, adotou um modelo de saúde mental comunitária com a implementação de consultores no território para assistência às situações de crise, por compreender o momento de crise como um momento estratégico de intervenção para prevenção de agravos. Nesse contexto, houve ainda um processo de desinstitucionalização no sentido de desospitalização, criando-se dispositivos assistenciais substitutivos. Contudo, a medicalização social decorrente da Psiquiatria Preventiva acabou por aumentar as demandas dos hospitais psiquiátricos, de modo que estes não puderam ser, de fato, superados (Amarante, 2007a). Tal medicalização social pode ter sido semelhante à ocorrida no cenário brasileiro, contudo desinvestida dos ideais eugênicos anteriormente descritos (Cézar, 2014).

Em relação ao terceiro grupo, este problematiza não apenas as instituições asilares, mas todo o aparato de saber-poder psiquiátrico, visando uma ruptura total com esse paradigma. A Antipsiquiatria, denominação que busca conotar antítese à psiquiatria, repercutiu na Inglaterra dos anos de 1950/1960 com os psiquiatras Ronald Laing e David Cooper. Como se propõe a denominação, trata-se de uma oposição à perspectiva teórico-conceitual da psiquiatria tradicional e sua noção de doença mental, à medida que reconhecia a importância do meio social e privilegiava a experiência do sujeito (Amarante, 2007a). Laing, a partir de uma perspectiva fenomenológico-existencial, teceu críticas importantes ao modelo teórico-metodológico da psiquiatria clássica, problematizando suas compreensões psicopatológicas e os tratamentos delas derivados (Cézar, 2014).

Por fim, a Psiquiatria Democrática, segundo Amarante (2007a), tem início na Itália dos anos de 1960, em uma pequena cidade chamada Gorizia, com o protagonismo de Franco Basaglia, que após falecer em 1980 tem como sucessor Franco Rotelli. Cabe ressaltar uma demarcação de

diferenças entre as formulações de ambos: Rotelli passou a trabalhar com Basaglia a partir de 1970, porém, assumiu uma postura de menor radicalidade e maior adaptabilidade quando comparado ao seu colega (Leão, 2018). Em suma, a corrente iniciada por Basaglia se embasou na negação da psiquiatria enquanto ideologia e buscou superar o ideário manicomial em todas as suas formas, compreendendo que o manicômio em si é apenas uma estrutura física que representa todo um aparato de repressão e opressão da loucura existente na sociedade, pensamento semelhante ao da Antipsiquiatria.

Também como a Antipsiquiatria, se desenvolve a partir da introdução da experiência de Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional nos hospitais de atuação de seus expoentes, sendo que essas se tornam um estágio intermediário para execução do projeto da Psiquiatria Democrática. A desinstitucionalização ocorreria não apenas como sinônimo de desospitalização, mas de forma profunda e mediada pelas experiências da Psiquiatria Reformada. À medida que novos serviços fossem estabelecidos, a estrutura manicomial seria, portanto, fechada. Conforme afirma Amarante (2007a, p. 57): "A expressão serviços substitutivos passou a ser adotada no sentido de caracterizar o conjunto de estratégias que vislumbrassem, efetivamente, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas, e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas". Esses serviços substitutivos passaram a atuar de forma regionalizada, nos diferentes locais da cidade, sob uma lógica territorial e comunitária, responsabilizando-se integralmente pela saúde mental da população adscrita.

A Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) foi fortemente influenciada pelo movimento de Psiquiatria Democrática, inclusive na proposta de criação de serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial. De acordo com Yasui (2011), cada uma das experiências ocorridas na Europa e Estados Unidos da América se tornaram um referencial para a Reforma Psiquiátrica do Brasil em momentos diversos, seja como modelos a serem transpostos para a realidade brasileira, seja como modelos a serem criticados e recusados pelo projeto que se desenvolvia no país. "No entanto, a psiquiatria democrática italiana, oriunda das experiências de Franco Basaglia e seu grupo em Gorizia e Trieste, é que influencia fortemente as transformações nas práticas e na política de atenção

em saúde mental no Brasil" (Kantorski, Cardano, Antonacci & da Cruz Guedes, 2021, p. 2). Como exemplo dessa influência, é possível citar o Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirado na Lei da Reforma Psiquiátrica italiana (Lei 180), a qual foi aprovada em 1978, ficando também conhecida como Lei Basaglia (Britto, 2004; Martins, Assis & Bolsoni, 2019; Pires & Resende, 2016). Vale ressaltar que, um ano após a aprovação da Lei italiana, no ano de 1979, Franco Basaglia esteve no Brasil visitando as instituições manicomiais e colaborando com o Movimento de Luta Antimanicomial que se iniciava (Martins et al., 2019).

Tal movimento, como citado anteriormente, passa a se desenvolver no momento de redemocratização do país. Amarante e Nunes (2018) associam os primeiros passos desse às denúncias formalizadas por profissionais recém-formados que, ao ingressarem no mercado de trabalho, depararam-se com o cenário de abandono e maus tratos característico das instituições asilares. A partir de então, passou-se a articular o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), com sua constituição em 1978. O MTSM se transformou em Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental realizado em Bauru, passando de coletivo de profissionais para movimento social (Amarante & Nunes, 2018). De acordo com Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), o manifesto pela RPb através de um movimento nacional foi formalizado na Carta de Bauru, a qual marca um compromisso com a luta antimanicomial. Também em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, apesar de resistências por parte do Ministério da Saúde para sua realização. Durante a conferência, o debate acerca da necessidade de superação do modelo hospitalocêntrico foi fortalecido (R. Pereira, 2004).

A partir dessa ampliação, outros atores importantes passaram a compor esse movimento, com destaque para usuários e familiares, sobretudo a partir dos anos de 1990, haja vista a intensa participação desses na II Conferência de Saúde Mental ocorrida em 1992 (Basaglia, 2000). Conforme aponta Delgado (2011), a II Conferência de Saúde Mental foi a primeira que contou com a participação de usuários e familiares como delegados, sendo que tal participação teria sido proporcionada pela apresentação do Projeto de Lei (PL) nº 3.657 de 1989, que após 12 anos de

discussão e significativas modificações, tornou-se a Lei 10.216/2001, Lei da Reforma Psiquiátrica (Britto, 2004; Martins et al., 2019).

2.2.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira: do PL nº 3.657/89 à Lei 10.216/2001

A apresentação do PL nº 3.657/89 contribuiu para a ampliação e intensificação do debate acerca da assistência à saúde mental no país. Sua elaboração, contudo, não pode ser compreendida como uma iniciativa isolada de um parlamentar, mas integrada ao movimento em curso que almejava a garantia constitucional de suas reivindicações (Delgado, 2011; R. Pereira, 2004). Conforme afirmou Basaglia (2000, p. 55, tradução nossa): "a reforma psiquiátrica não nasceu no parlamento, pela vontade dos legisladores, mas pela vontade do povo". [6]O Deputado Federal Paulo Delgado assumiu essa interlocução no legislativo, considerando sua afinidade com a pauta, o fato de ser filiado a um partido que estava alinhado aos movimentos populares (Partido dos Trabalhadores) e por ser irmão do médico Pedro Delgado, uma das lideranças do movimento antimanicomial (R. Pereira, 2004).

Segundo Britto (2004), a justificação do projeto mencionava a experiência italiana com a aprovação da Lei Basaglia dez anos antes e o descalabro das instituições manicomiais que apontava para a necessidade de superação dessas. Conforme aponta R. Pereira (2004), a argumentação se assemelhou às críticas realizadas pelo MLA e consistiu majoritariamente na afirmação da necessidade de reorientação do modelo assistencial.

Quanto ao seu conteúdo, tratava de impedir a expansão de hospitais psiquiátricos e promover a redução dos leitos existentes, bem como, dispor sobre a garantia de direitos fundamentais e civis aos usuários dos serviços de saúde mental (R. Pereira, 2004). Britto (2004) afirma que o PL abordou quatro temas em três artigos principais: o primeiro tema tratava de conter a expansão dos serviços asilares (artigo 1º); o segundo, do redirecionamento do modelo de atenção (artigo 2º); o terceiro, da

---

[6] la riforma psichiatrica non è nata in parlamento, per volontà dei legislatori, ma per volontà popolare.

criação de novos serviços (artigo 2º); e o quarto, da prevenção de internações arbitrárias (artigo 3º). Havia ainda mais dois artigos, sendo o artigo 4º referente a entrada em vigor da Lei e o artigo 5º referente à revogação das disposições contrárias. Em suma, planejava a extinção gradativa das instituições asilares e sua concomitante substituição por outros serviços, que funcionassem sob uma nova lógica de cuidado. Nesse sentido, já havia o modelo das experiências de São Paulo-SP e de Santos-SP. Tais experiências foram inspiradas pelos Centros de Atenção Psicossocial de Manágua, na Nicarágua, que em processo de revolução do país desenvolveu "maneiras criativas de cuidar, com responsabilidade, de pessoas com problemas psiquiátricos" (Ribeiro, 2004, p. 95).

A cidade de São Paulo-SP criou o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do país em 1986, o CAPS Luiz Cerqueira da Rocha, com o objetivo de acolher egressos de internações e evitar novos internamentos, prestando uma assistência intensiva e multiprofissional em saúde mental, alinhada aos preceitos da luta antimanicomial (Ribeiro, 2004). Dois anos depois, no dia 03 de maio de 1989, o município de Santos-SP procedeu com a interdição da Casa de Saúde Anchieta, instituição manicomial privada que contava com diversas denúncias de maus tratos, violação de direitos e superlotação. Esse fato se seguiu a uma série de iniciativas rumo a criação de serviços substitutivos e implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial no município em rede territorializada e substitutiva ao modelo asilar (Brito, 2004; Delgado, 2011; R. Pereira, 2004). Britto (2004) aponta que esse episódio se configurou como um marco histórico que representava a possibilidade real de transformar a política pública de saúde mental. Conforme afirma Basaglia (2000), a experiência de Santos mostrou de forma concreta ser possível a superação do asilo no Brasil. Nesse contexto, o projeto legislativo apresentado alguns meses após o início da experiência santista atendeu aos anseios de se formular uma sustentação legal para as mudanças em curso, de modo que a política pública se consolidasse numa base jurídica (Delgado, 2011).

No que diz respeito à tramitação do PL, R. Pereira (2004) discorre sobre essa desde a apresentação no Plenário em 12/09/1989, relatando que a aprovação na Comissão de Constituição, Justiça e Redação se deu em abril de 1990 e na Comissão de Seguridade Social e Família em junho

do mesmo ano, recebendo uma emenda do Plenário que dispunha que as exceções regionais seriam regulamentadas por lei estadual. Foi no momento final das discussões que os grupos contrários passaram a se manifestar, sobretudo a Federação Brasileira de Hospitais. Os argumentos giravam em torno da diferenciação entre leitos manicomiais e leitos psiquiátricos, sob a afirmativa de que a modernização da ciência psiquiátrica seria capaz de ofertar um tratamento diferente e de qualidade, imprescindível para alguns casos cujas internações são justificadas a partir do estigma da periculosidade do louco. Apesar das controvérsias, o PL foi aprovado e encaminhado ao Senado em 14/12/1990, com acréscimo de apenas uma emenda das oito propostas, a qual tratava de reafirmar a gradatividade de reorientação do modelo para garantir a continuidade da assistência (R. Pereira, 2004).

As discussões no Senado acabaram sendo mais conturbadas em relação àquelas ocorridas na Câmara dos Deputados, se estendendo por dez anos. Os argumentos dos grupos opositores consistiam na afirmativa de que há uma diferenciação entre hospitais psiquiátricos e manicômios, como a modernização dos primeiros, bem como entre quadros agudos e crônicos, concordando com a necessidade de desinstitucionalizar pacientes crônicos, contudo, sendo necessária a internação de quadros agudos, de modo que o internamento seria imprescindível para casos graves e a rede de novos serviços eficiente apenas para casos mais leves (R. Pereira, 2004). Tais argumentos partiam, principalmente, da gestão dos hospitais psiquiátricos frente à ameaça de perder seus lucros (Britto, 2004), e de alguns grupos de familiares, inseguros em se opor ao único auxílio do qual dispunham até então (Delgado, 2011).

Apesar dos entraves, durante o período de tramitação do PL, a RPb avançava a partir dos movimentos sociais e ampliação do debate, com destaque para a Declaração de Caracas, decorrente da Conferência para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, ocorrida na Venezuela em 1990, bem como a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992. Também nesse período, considerando as experiências de São Paulo-SP e Santos-SP, o Ministério da Saúde passou a publicar a partir de 1990 Portarias normativas e de incentivo à criação de serviços da atenção

psicossocial. Ademais, entre 1990 e 1996, alguns estados brasileiros promulgaram legislações específicas relacionadas à Reforma Psiquiátrica no âmbito estadual: começando pelo Rio Grande do Sul em 1992, seguido pelo Ceará em 1993, Pernambuco em 1994, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Paraná e Distrito Federal em 1995 e, por fim, Espírito Santo em 1996. A Lei 11.189 de 1995 do estado do Paraná se destaca com maiores diferenças em relação as demais citadas e pode ser considerada uma das mais tímidas entre essas. A referida Lei não se refere à extinção dos hospitais psiquiátricos, mas de uma restrição com ampliação condicionada à aprovação do Conselho Estadual de Saúde, apesar de propor um novo modelo de atenção (R. Pereira, 2004).

> Enfim, na prática, enquanto o PL não se tornava lei, a realidade ia sendo mudada pelos próprios portadores de transtorno mental, assim como pelos técnicos, familiares, voluntários, organizados em um amplo movimento de transformação das relações entre sociedade e loucura. Neste período foram extintos mais de 20 mil leitos psiquiátricos no Brasil, ao mesmo tempo em que foram criados cerca de 250 serviços de atenção psicossocial e mais de mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais (Amarante & Yasui, 2003 como citado em Britto, 2004, p. 86).

No Senado, o primeiro parecer em relação ao PL, emitido pela Comissão de Assuntos Sociais, apontava a necessidade de elaboração de um projeto substitutivo, o qual, apesar de manter algumas premissas do original (como a proibição de expansão das estruturas hospitalares de modo a possibilitar a realocação de recursos para criação de novos serviços), propunha não extinguir os hospitais psiquiátricos, mas apenas romper com sua hegemonia. A tramitação seguiu com intensas sugestões de modificações do projeto através de emendas e substitutivos, diante da dificuldade de satisfazer ambos os grupos – opositores e favoráveis ao projeto original. Acrescentou-se a diferenciação entre as modalidades de internação (voluntária, involuntária e compulsória), com um controle revisional das involuntárias, mantendo o objetivo do projeto original de se evitar internações arbitrárias, além de também ter sido mantida a proposta de um redirecionamento do modelo assistencial, sem, contudo, extinguir o tratamento hospitalar. Por fim, um substituto foi aprovado e

retornou à Câmara de Deputados em janeiro de 1999 para nova aprovação, haja vista as significativas alterações realizadas. Foi colocado em discussão apenas em março de 2001 e aprovado após ampla discussão e algumas supressões. Em seguida, encaminhou-se para sanção presidencial, sendo assinada pelo Presidente e publicada em 06 de abril de 2001 (R. Pereira, 2004).

Apesar das significativas alterações em relação ao projeto original, Delgado (2011) constata, em relação à redação final da lei, um balanço positivo, considerando que ela discorre sobre direitos fundamentais, excepcionalidade das internações, controle das internações involuntárias e previsão de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência. Entretanto, R. Pereira (2004) ressalta que durante as discussões para aprovação final na Câmara, a própria Casa reconheceu que o texto não atendia à real necessidade do país e que poderia ter sido mais abrangente, o que não foi possível devido às pressões de grupos opositores que acabaram por fazer o grupo favorável ceder em algumas questões, como no tocante à extinção dos hospitais psiquiátricos. O quadro comparativo abaixo apresenta as principais diferenças existentes em questões centrais, com trechos retirados na íntegra dos próprios documentos.

Questão	**Projeto original**	**Lei 10.216**
Ementa	"Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória".	"Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental".
Estrutura hospitalar	"Fica proibida, em todo o território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico".	"O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros".
Serviços extra-hospitalares	"As administrações regionais de	"É responsabilidade do Estado o

	saúde (secretarias estaduais, comissões regionais e locais, secretarias municipais) estabelecerão a planificação necessária para a instalação e funcionamento de recursos mio-manicomiais de atendimento, como unidade psiquiátrica em hospital geral, hospital-dia, hospital-noite. centro de atenção, centros de convivência. pensões e outros. bem como para a progressiva extinção dos leitos de característica manicomial”.	desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”. “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.
Desinstitucionalização	“As secretarias estaduais constituirão, em seu âmbito, um Conselho Estadual de Reforma Psiquiátrica, no qual estejam representados, voluntariamente, os trabalhadores de saúde mental. os usuários e familiares, o poder público, a ordem dos advogados e a comunidade científica, sendo sua função acompanhar a elaboração dos planos regionais e municipais de desospitalização, e aprová-los ao cabo de sua finalidade”.	“O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. “O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário”.
Regulamentação das internações	“A internação psiquiátrica compulsória deverá ser	“A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de

	comunicada, pelo médico que a procedeu, no prazo de 24 horas, à autoridade judiciária local, preferentemente à Defensoria Pública, quando houver".	setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta".

Tabela 1 – Comparativo entre o PL 3.657/1989 e a Lei 10.216/2001

Fonte: Projeto de Lei 3.657 (1989); Lei 10.216 (2001).

De toda forma, apesar das expressivas alterações e embora à época das discussões no Congresso nenhum dos grupos (de opositores e de favoráveis à Reforma) tenha ficado satisfeito com a redação final da Lei (R. Pereira, 2004), atualmente ela recebe a concordância de maneira geral, não sendo contestada em sua essência (Delgado, 2011). Ademais, os avanços decorrentes da tramitação e aprovação da Lei foram extremamente relevantes, promovendo a ampliação do debate, a promulgação de legislações estaduais já citadas anteriormente, a publicação de diversas Portarias do Ministério da Saúde relacionadas à área e à criação de serviços extra-hospitalares em todo o território nacional (Britto, 2004). Delgado (2011, p. 6), ao avaliar esses avanços nos dez anos que se seguiram à promulgação da Lei, afirma que "a ampliação dos recursos financeiros e humanos destinados a atender à saúde mental no decurso desses 10 anos está amparada no fato de existir uma legislação que determina tal medida". Dessa forma, um dos principais benefícios relacionados ao processo de elaboração e aprovação da Lei 10.216/2001 diz respeito à criação e expansão dos serviços territoriais de atenção psicossocial, em especial os CAPS.

2.3 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Os CAPS foram regulamentados através da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde (Hirdes, 2009), a qual os caracteriza como serviços de atenção diária em saúde

mental para atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, através de acompanhamento multiprofissional em atendimentos familiares, individuais, em grupos, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas e atividades comunitárias (Ministério da Saúde, 2002). É também disposto pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, a qual institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que os CAPS são serviços abertos e comunitários cujas atividades são realizadas prioritariamente em espaços coletivos e de modo articulado com os demais pontos de atenção (Ministério da Saúde, 2011). Dessa forma, é proposta a substituição do modelo manicomial, de características asilares, patologizantes, biologicistas e medicocêntricas (Quinderé et al, 2010), pelo modelo psicossocial, voltado para a reinserção social, produção de cidadania e fortalecimento da autonomia (Pinto & Ferreira, 2010).

Os CAPS possuem diferentes modalidades que determinam a composição de suas equipes e funcionamento conforme critério populacional e público-alvo (Ramminger & Brito, 2011): CAPS I (para municípios ou regiões acima de 15 mil habitantes, funcionamento em dias úteis, das 08 às 18 horas), CAPS II (para municípios ou regiões acima de 70 mil habitantes, funcionamento em dias úteis, das 08 às 18 horas, podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas), CAPS III (para municípios ou regiões acima de 150 mil habitantes, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, com funcionamento 24 horas e leitos nos quais um mesmo paciente poderá permanecer por até 7 dias consecutivos, ou 10 dias intercalados em um período de 30 dias), CAPS AD (para municípios ou regiões acima de 70 mil habitantes, funcionamento em dias úteis, das 08 às 18 horas, podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas. Atende, especificamente, demandas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas e deve manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso), CAPS AD III (para municípios ou regiões acima de 150 mil habitantes, atende especificamente demandas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, com funcionamento 24 horas para retaguarda clínica e contando com 8 a 12 leitos de acolhimento noturno, nos quais um mesmo paciente poderá permanecer por até 14 dias no período de 30 dias), CAPSi (para municípios ou regiões acima de 70 mil habitantes, funcionamento em dias úteis, das 08 às 18 horas,

podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas, atende especificamente crianças e adolescentes) e CAPS AD IV (atende especificamente demandas relacionadas ao uso de substâncias, com funcionamento 24 horas em cenas de uso de drogas de municípios com mais de 500 mil habitantes).

Em municípios que não possuem CAPS de tipologia "AD", o atendimento às demandas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas é realizado pelos CAPS I, II, III e i, uma vez que é previsto pela Portaria nº 3.088/2011 que esses serviços são voltados ao atendimento de pessoas em intenso sofrimento psíquico, inclusive relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Ministério da Saúde, 2002; Ministério da Saúde, 2011; Ministério da Saúde, 2017). Da mesma forma, as demais modalidades de CAPS podem atender o público infantojuvenil dependendo da organização da Rede de Atenção Psicossocial local, a exemplo de localidades que não possuem CAPSi (Ministério da Saúde & Conselho Nacional do Ministério Público, 2014).

Quanto ao funcionamento dos CAPS, por serem serviços abertos, podem ser procurados diretamente pelos usuários, sem necessidade de encaminhamento. Ao primeiro contato com o serviço, será realizado um acolhimento inicial, que pode ser individual ou em grupo, conforme a organização do serviço, com o objetivo de promover uma escuta terapêutica, compreender a demanda de forma ampla e iniciar a construção de um vínculo. A partir desse primeiro contato, será elaborado em conjunto um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para atender às demandas levantadas e estabelecido um Técnico de Referência (TR), que acompanhará junto ao usuário a execução do PTS. Esse técnico poderá ser o profissional responsável pelo acolhimento inicial, que se torna uma referência para o usuário, ou um profissional que tenha maior vínculo com o usuário. Caso a pessoa não possa ser beneficiada com o trabalho do CAPS, será encaminhada para serviços mais adequados à sua demanda (Ministério da Saúde, 2004; Ramminger & Brito, 2011).

Vale ressaltar que os serviços devem ser resolutivos e, para além da demanda assistencial, exercem um duplo mandato, que corresponde também à função gestora dos CAPS, ou seja, devem gerir, coordenar e se responsabilizar pelas demandas de saúde mental do território onde estão inseridos, por meio do conhecimento e análise das necessidades em saúde mental de seu território de

atuação, bem como da organização e pactuação dos fluxos assistenciais, ordenando a rede. Esse aspecto se relaciona ao comprometimento do serviço com a questão da territorialidade (Couto, Duarte & Delgado, 2008).

A questão do território é central na atenção psicossocial, pois, conforme discorrem Leão e Barros (2012), é uma questão que entra em cena no contexto assistencial devido à proposta de mudança paradigmática na assistência ofertada. Se, por um lado, o ideário manicomial é alicerçado no enfoque da doença, sobre a qual se intervirá dentro de um espaço físico fechado, delimitado pelo próprio serviço (o manicômio), por outro, o paradigma psicossocial propõe um enfoque no sujeito, considerando suas condições sociais e suas necessidades. Desse modo, a atenção psicossocial pressupõe um cuidado no território existencial do indivíduo, em que sua vida acontece e as relações se estabelecem, num contraponto ao lugar do manicômio como lugar zero das trocas sociais. Trata-se de uma proposta de cuidado que não reduz o sujeito a uma classificação psicopatológica e enfoca, ao invés da doença, a sua existência, suas relações, seus vínculos, sua história e todos os aspectos da vida que de alguma forma interferem em seu sofrimento, motivo pelo qual a intervenção se desloca para o próprio território, onde existe o sujeito que sofre e cujo sofrimento se relaciona às condições de vida desse território. Dessa maneira, os aspectos da vida passam a ser considerados no cuidado ofertado de modo que, para tanto, os serviços devem estar inseridos na comunidade onde a vida se desenvolve, motivo pelo qual também são caracterizados como serviços comunitários. “O território é compreendido como uma possibilidade de cuidado na medida em que permite uma prática terapêutica orientada para a criação de estratégias voltadas para a convivência e o estabelecimento de redes de afetos e de sociabilidades” (Leão & Barros, 2012, p. 578).

Nesse sentido, a compreensão do conceito de território envolve não apenas o espaço geográfico de determinados lugares, mas toda a “organização sócio-espacial, cultural, política e econômica de cada população que habita e produz cada um desses lugares” (Gondim et al., 2008, p. 237). Diante dessa perspectiva, o território se configura mediante um acúmulo histórico de fatores ambientais, sociais, políticos e econômicos que proporcionam condições singulares para os modos de

ocupação pelos atores sociais que nele se inserem em determinado tempo e espaço, também singulares (Gondim et al., 2008). Conforme descrevem Leão e Barros (2012, p. 583), "um lugar é transformado em território mediante a identidade, as relações de poder, as interrelações intermediadas pelos aspectos cultural, econômico, social, legislativo, político, etc.", sendo assim, o território compreende um espaço geográfico delimitado, mas não se resume a isso, pois apresenta características particulares desenvolvidas a partir da história de sua constituição, as quais demarcam uma produção identitária específica e implicam no estabelecimento de relações de poder que se desenvolvem nesse espaço produzido socialmente (Gondim et al., 2008).

Conforme manual elaborado pelo Ministério da Saúde, os CAPS são estreitamente vinculados ao território, onde a vida acontece, e ao qual se almeja reinserir os usuários. É também em função do território que a rede de atenção aos usuários se organiza, composta por diversos serviços e recursos aos quais os CAPS precisam estar articulados para suprir a complexidade das demandas que atende (Ministério da Saúde, 2004).

Assim sendo, os CAPS foram organizados considerando o reconhecimento de que, dada a especificidade e complexidade das questões assistidas, seria necessário ofertar mais que consultas ambulatoriais semanais ou mensais (Ribeiro, 2004). Dessa forma, para além do cuidado clínico, há implicada uma proposta de reabilitação psicossocial, com características bem definidas: objetiva atender pessoas com sofrimento grave e/ou persistente, localizadas em determinado território, ofertando atenção diária com equipes e atividades diversificadas (Ramminger & Brito, 2011). A heterogeneidade de pessoas, atividades e profissionais vai ao encontro da proposta de sustentar a diferença, compreendendo-se que é a intolerância a essa última que engendra mecanismos de exclusão e opressão (Ribeiro, 2004).

Apesar de se tratar de um modelo de atenção potente e coerente, algumas dificuldades podem ser observadas em sua implementação, considerando que há implicado um constante jogo de forças que deve ser manejado (Figueiró & Dimenstein, 2010). Nesse sentido, evidenciam-se os desafios para a superação do modelo biomédico, de modo que em muitos destes serviços há uma priorização do

funcionamento ambulatorial, médico centrado, pautado na medicalização e nos atendimentos individuais que geram longas listas de espera (Barbosa, Martinhago, Hoepfner, Daré & Caponi, 2016).

Ramminger e Brito (2011) conceituam esse funcionamento como um hibridismo, de modo que o serviço funciona de maneira cindida, ora como CAPS, ora como ambulatório, ofertando atendimentos individuais com a presença de algumas atividades coletivas. Barbosa et al. (2016) pontuam que mesmo nas atividades coletivas, nem sempre a proposta da atenção psicossocial pode ser verificada, vez que muitos dos grupos ofertados possuem um enfoque estritamente pedagógico que negligencia as questões subjetivas, ou seja, concentram-se predominantemente na tarefa de transmitir, de maneira hierarquizada, algum ensinamento, em vez de promover um espaço no qual os ensinamentos podem circular entre todos os atores envolvidos.

A questão do hibridismo extrapola o espaço dos CAPS e pode ser observado na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) como um todo, no modo de organização dos serviços, considerando que apesar da Lei 10.216/2001 fazer avançar alguns passos o modelo de atenção psicossocial, os hospitais psiquiátricos são mantidos e seu papel na rede pouco esclarecido (Basaglia, 2000). Dessa forma, pode se observar um funcionamento híbrido também na operacionalização da RAPS, que ora oferta atenção psicossocial aos seus usuários, ora os encaminha para internação. Os CAPS passam a operar, portanto, como um mediador dos hospitais psiquiátricos e, à medida que aumenta a oferta de consultas ambulatoriais, acaba por aumentar a demanda por internações, de modo semelhante ao observado nos processos de ambulatorização da saúde mental durante os anos de 1930, dessa vez refletindo um descompasso entre as diretrizes da atenção psicossocial e sua operacionalização (Barbosa et al., 2016).

Observa-se, neste ponto, um problema estrutural: se o fechamento dos manicômios por si só não garante o fim das práticas manicomiais, tampouco sua coexistência com os novos serviços facilita essa tarefa (Raminger & Brito, 2011). Desse modo, é possível afirmar que, mesmo sob novas roupagens, a transposição mecânica de modelos não permite a superação do modelo asilar, de modo

que o cuidado em CAPS ainda sofre influências desse último. A magnitude do desafio implicado nessa questão se dá, sobretudo, por se tratar de um campo de contradições e disputas, como se verá a seguir (Barbosa et al., 2016).

Esse desafio é majorado pelo atual contexto social, político e econômico, no qual é possível observar, em relação ao modelo de atenção psicossocial, uma reconfiguração das forças em jogo. A RPb e o modelo de atenção psicossocial foram iniciados por militantes e, com o tempo, passaram de movimento social à política oficial. Observava-se, inclusive, esses mesmos militantes ocupando a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde até o final do ano de 2015, quando mudanças significativas passam a ocorrer (R. Lima, 2019; Ramminger & Brito, 2011).

2.4 Ruptura democrática e investidas de contrarreforma

Diversos autores constataram que a Reforma Psiquiátrica passou a retroceder a partir da ruptura democrática vivenciada no país (Brito & Vitorino, 2020; Cruz et al., 2020; Delgado, 2019; R. Lima, 2019). Em dezembro de 2015, foi aberto um processo de *impeachment* da presidenta eleita, Dilma Rousseff, que se seguiu ao seu afastamento em 2016, por meio do qual, seu vice-presidente Michel Temer, assumiu interinamente a presidência da República a partir de então. O processo de *impeachment* se encerrou precisamente em 31 de agosto de 2016, com a presidenta impedida devido a pedaladas fiscais (Pozobon & David, 2019).

Dantas, Santos, Dimenstein e Macedo (2020, p. 417) caracterizam o *impeachment* como um "golpe midiático-político-jurídico" a serviço de uma agenda neoliberal, considerando a implicação da perda de apoio no congresso para o desencadeamento desse processo, o papel da grande mídia na formação da opinião popular por meio da divulgação de uma suposta agenda anticorrupção e as manobras jurídicas envolvidas para justificar sua efetivação. Tais fatores serviram, portanto, não apenas como possibilitadores do golpe, mas também para justificar as contrarreformas colocadas em prática logo em seguida (Dantas et al., 2020). Dessa forma, "a imposição pela força do retorno ao

paradigma manicomial só pode ser entendida como efeito da situação política anômala que o país vive desde a sua ruptura institucional de 2016" (Cruz et al., 2020, p. 15) e envolve um projeto mais amplo de ameaça aos direitos sociais e desmonte das políticas públicas devido às tendências neoliberais que se sustentam no trinômio austeridade-privatização-desregulamentação (Guimarães & Rosa, 2019), o que se reflete na Emenda Constitucional nº 95/2016, uma das primeiras ações do governo interino, que congela os investimentos em diversas políticas públicas por 20 anos (Cruz et al., 2020).

Especificamente na área da saúde mental, já ao final de 2015, a coordenação de saúde mental do Ministério da Saúde, que até então era ocupada por profissionais alinhados à RPb, passou a ser comandada por um profissional ligado às instituições psiquiátricas e abertamente contrário à Reforma (R. Lima, 2019). Alguns autores (Cruz et al., 2020; Guimarães & Rosa, 2019) pontuam que a nomeação para o cargo foi fruto de um acordo político de rearranjo da base de apoio do governo para o enfrentamento da crise política. Houve, contudo, forte resistência do campo antimanicomial, com militantes ocupando o gabinete por mais de 120 dias.

> O fim da ocupação se deu em abril de 2016, e sua exoneração ocorreu no mês seguinte. Entretanto, sua saída do cargo não se deu pela pressão dos militantes, mas, sim, por interesses políticos que estavam em jogo no país naquele momento, em que ocorria o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, e quando o seu vice, Michel Temer, assume o comando (S. Pereira, 2020, p. 79).

Desde então, a PNSM e suas bases reformistas sofrem uma sucessão de ataques e ameaças, iniciados no governo Temer e intensificados a partir de 2019 com o governo Bolsonaro (Brito & Vitorino, 2020; Delgado, 2019), caracterizando um claro movimento de contrarreforma psiquiátrica (Cruz et al., 2020; R. Lima, 2019). Entre dezembro de 2016 e março de 2019, foram editados 15 documentos oficiais (entre Portarias, Resoluções, Decretos e Editais), que foram consolidados na Nota Técnica nº 11/2019 como a "nova política de saúde mental". Até 2019, o processo em curso era sutil e o discurso utilizado camuflava o retrocesso, contudo, a partir da publicação da referida Nota,

o discurso se altera e se evidencia um redirecionamento da PNSM que se distancia dos princípios reformistas (Cruz et al., 2020).

É possível pensar esse percurso de mudanças que afetam diretamente a PNSM iniciando pela revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017. A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia potente de cuidado, uma vez que está próxima à população, inserida no território e em contato com as vulnerabilidades e potencialidades que nele se fazem presentes (Arantes, Shimizu & Merchán-Hamann, 2016). Dessa forma, contempla a execução de serviços essenciais para uma atuação de base comunitária e na garantia da integralidade do cuidado, de modo que a RAPS, sem apoio da APS, acaba por sofrer prejuízos na atuação territorial. A nova PNAB, contudo, apresenta alterações significativas, entre elas está a retirada da palavra "democrática" ao caracterizar a atuação e gestão dos serviços, bem como, alterações na parametrização de Agentes Comunitários de Saúde, atores imprescindíveis ao cuidado no território, cujo quantitativo mínimo por equipe não se encontra descrito na nova PNAB (Cruz et al., 2020).

Ainda em relação à APS, houve em 2019 o desmantelamento dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), dispositivos extremamente relevantes para a potencialização dos cuidados em saúde mental na APS por meio da presença de equipes multiprofissionais atuando junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Mângia & Lancman, 2008). A atuação em NASF é marcada por três dimensões: intervenções sanitárias (corresponde ao levantamento e análise das demandas do território para elaboração de projetos e direcionamento de ações); clínico-assistencial (diz respeito ao suporte direto aos usuários) e técnico-pedagógica (referente ao processo de interlocução, educação permanente e suporte aos profissionais da ESF) (Alves, Bruning & Kohler, 2019).

Destaca-se que o novo modelo de financiamento da APS, instituído ao final de 2019 (Ministério da Saúde, 2019), revogou a normatização e custeio das equipes NASF. Em Nota Técnica sobre essa questão, o Ministério da Saúde afirma que a partir do novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, programa denominado "Previne Brasil", não serão credenciadas novas equipes NASF, porém, as equipes já credenciadas podem permanecer com seu registro no Sistema

do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) se os gestores assim desejarem. A autonomia do gestor também é válida para que componham as equipes multiprofissionais na APS, como preferirem (Nota Técnica nº 3, 2020). Sem parâmetros de composição e sem financiamento específico, cabe problematizar as condições de manutenção dessas equipes a longo prazo. Apesar do fato de o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) defenderem que o programa não foi extinto e que as informações que circularam em redes sociais são "errôneas", indaga-se quais as possibilidades de efetivação de uma política pública que não dispõe de normativas oficiais e tampouco financiamento.

Outro ponto de destaque diz respeito à alteração na organização da RAPS a partir da Portaria 3.588 de 2017, subsidiada pela Resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). As mudanças em questão são marcadas pelo incentivo ao cuidado ambulatorial e enfraquecimento do cuidado territorial, bem como pela reafirmação da lógica manicomial e fortalecimento dos hospitais psiquiátricos em detrimento da atenção psicossocial e dispositivos de desinstitucionalização. Os principais pontos de mudança e suas implicações se encontram descritos na tabela abaixo.

Ponto de mudança	**Descrição**	**Impactos na RPb**
Hospitais Psiquiátricos	São colocados como parte integrante da rede, com aumento dos repasses financeiros para essas instituições por meio do reajuste das diárias de internação.	Fortalecimento da lógica manicomial por meio da reiteração da importância dos hospitais psiquiátricos na RAPS e do investimento público em suas estruturas.
Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM)	Criação de equipes ambulatoriais que passam a compor a rede para atendimento às demandas intermediárias à APS e CAPS, com a previsão de um financiamento robusto.	Incentivo à ambulatorização e enfraquecimento do cuidado territorial.
Retorno dos "hospitais-dia"	Geralmente anexos aos hospitais psiquiátricos, nos quais se desenvolve um trabalho	Fortalecimento da lógica manicomial e da estrutura hospitalar em detrimento do

	semelhante aos do CAPS, contudo, sem a lógica da territorialização.	cuidado territorial.
Criação de CAPS AD IV	Nova modalidade de CAPS com funcionamento 24 horas em cenas de uso de drogas de municípios com mais de 500 mil habitantes.	Descaracteriza a organização de CAPS sob uma lógica de assistência higienista e desterritorializada.
Alteração nos parâmetros para habilitação de leitos de saúde mental em hospital geral	Aumenta de 4 para 8 o quantitativo mínimo de leitos a serem implantados e de 15 para 20% a proporção máxima de leitos de saúde mental em relação ao total de leitos existentes, além de atrelar o repasse financeiro a uma taxa de ocupação de 80%, no mínimo.	Prejudica a implantação desses leitos em hospitais gerais de pequeno porte em municípios menores, os quais ficam dependentes das internações em hospitais psiquiátricos localizados nos grandes centros.
Serviço Residencial Terapêutico (SRT)	Passam a poder acolher qualquer pessoa com transtorno mental que necessite de cuidados, não necessariamente egressa de internação de longa permanência.	Descaracteriza a função do SRT enquanto dispositivo de desinstitucionalização.
Comunidades Terapêuticas	Previsão de apoio intersetorial para o fortalecimento desse serviço.	Instituições que funcionam sob a lógica da abstinência com internações de longa duração para usuários de substâncias psicoativas, de modo que o paradigma manicomial é reafirmado.

Tabela 2 – Principais alterações na Política Nacional de Saúde Mental

Fonte: Cruz et al., 2020; Ministério da Saúde, 2017; CIT, 2017.

Em 2019, tais mudanças são sistematizadas a partir da publicação de uma Nota Técnica (NT nº 11/2019), na qual se observa uma mudança no estilo discursivo, de modo que o que vinha sendo chamado como "fortalecimento da RAPS" passa a se denominar uma "nova política de saúde mental" (Cruz et al., 2020). A nota em questão consolida as alterações realizadas pelos documentos editados

anteriormente e deixa claro que não há mais a intenção de substituir nenhum serviço dentro da RAPS. Ainda, evidencia o incentivo à ambulatorização e o redirecionamento de esforços e recursos ao antigo modelo, considerando um equívoco o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e relacionando as mazelas sociais, como o aumento da população prisional e da população em situação de rua, ao processo de superação das instituições psiquiátricas, retomando o estigma da periculosidade em relação à pessoa com transtorno mental (Brito & Vitorino, 2020; Nota Técnica nº 11, 2019).

Em suma, as mudanças empreendidas na PNSM e sua consolidação na Nota Técnica nº 11/2019 implicam em uma reedição da indústria da loucura, possibilitada pelo incentivo à ambulatorização que, por meio da medicalização social, favorece a indústria farmacêutica. Do mesmo modo, o retorno do paradigma manicomial é fortalecido por meio da terceirização de serviços, como o investimento de recursos públicos em comunidades terapêuticas (instituições de caráter asilar vinculadas a inúmeras denúncias de violações de direitos) e no aumento dos repasses financeiros para as internações em hospitais psiquiátricos privados (Nunes, Lima, Portugal & Torrenté, 2019). Vale ressaltar que a Nota marca, também, um processo de separação entre a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e a Política Nacional de Saúde mental (PNSM), que já vinha se desenrolando há algum tempo por meio da intensificação da criminalização do consumo de substâncias psicoativas e do estigma em relação à pessoa que faz uso destas substâncias, processo que favorece o financiamento das Comunidades Terapêuticas à medida que enfraquece a política de redução de danos (Brito & Vitorino, 2020; Cruz et al., 2019; Guimarães & Rosa, 2019).

Essa mercantilização da saúde mental direciona os escassos recursos públicos para as privatizações (Nunes et al., 2019) e enfraquece os CAPS enquanto serviços públicos e principais modelos do novo paradigma assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica, gerando uma divisão de trabalho danosa a esses (Guimarães & Rosa, 2019). Também, acerca da destinação dos recursos públicos, sendo ainda mais incisiva, a nota traz um elemento novo, ausente nas normativas sobre as quais se debruça: o financiamento público da eletroconvulsoterapia que, para além das argumentações que se apoiam nas poucas evidências científicas existentes sobre a sua efetividade e na suposta

modernização de sua utilização, carrega consigo o valor histórico de instrumento utilizado para fins de tortura e punição nas instituições manicomiais (Cruz et al., 2020; R. Lima, 2019). No âmbito do financiamento da PNSM, o balanço inclui:

a) O sucateamento dos CAPS, cujos valores dos repasses financeiros não são reajustados desde 2011;
b) O incentivo à ambulatorização, com um orçamento de 12 a 30 mil por mês para equipes multiprofissionais de saúde mental que prestam atendimentos ambulatoriais. Sem critérios populacionais e sem estrutura física própria, uma equipe desta na modalidade III, composta por 5 profissionais, recebe um repasse mensal de 30 mil reais; em contrapartida, o CAPS de tipologia I, que atende até 70 mil habitantes e deve funcionar em espaço próprio, sendo composto por 9 profissionais, recebe um repasse mensal de 28.305 reais;
c) A intensificação dos processos de terceirização, com aumento de 65% nos valores das diárias para os hospitais psiquiátricos e aumento da compra de vagas em comunidades terapêuticas pelo poder público, passando de 4.000 para 20.000 vagas financiadas pelo Estado (Cruz et al., 2020; Guimarães & Rosa, 2019).

Vale ressaltar que tais alterações, além de se sustentarem em evidências notadamente frágeis, foram empreendidas sem nenhum processo de consulta pública, o que marca o caráter antidemocrático da atual condução da política pública, condizente com o contexto de ruptura democrática vivenciado no país (Cruz et al., 2020; Nunes et al., 2019). Até então, o controle social, que se posiciona desde o início da Reforma Psiquiátrica a favor desta última, sempre fora ouvido e respeitado, garantindo o caráter democrático da construção da política pública de saúde mental (Nunes et al., 2019).

A Nota Técnica nº 11/2019 gerou significativas manifestações de indignação e respostas por parte de diversos conselhos profissionais, órgãos de controle social, Defensoria Pública e Ministério Público, o que fez o governo recuar e revogar a referida Nota. O ministro da saúde não a sustentou

integralmente e afirmou que seria revisada (Cruz et al., 2020; Guimarães & Rosa; R. Lima, 2019). Contudo, os demais documentos que a embasaram continuam em vigor (Nisiide, 2020).

Entende-se, portanto, a existência de um campo de disputas e de correlação de forças no qual os embates ideológicos e de modelos sempre estiveram presentes (Delgado, 2011; Guimarães & Rosa, 2019). Nesse contexto, permeado por tensões, não há conquista histórica definitiva. "As reformas não se cristalizam, suas repercussões, ainda assim são bastante palpáveis em um contexto político tão controverso" (Nunes et al., 2019, p. 4496).

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica possui um aspecto dinâmico, e sua trajetória é composta por avanços e recuos (Nunes et. al, 2019). Como mencionado anteriormente, o atual momento de recuos envolve um cenário mais amplo de crise política, econômica e social.

> No momento em que a ascensão ao governo federal de um projeto político ultraconservador coloca em risco a sobrevivência do SUS, assim como a de todo o frágil Estado de bem estar social construído nos últimos anos e, no limite, da própria democracia, todo cuidado é pouco. O fantasma do retorno dos hospícios é só a ponta do iceberg de toda uma cultura manicomial que ainda resiste na sociedade brasileira, e cuja desconstrução é trabalho para mais algumas gerações. Que a nossa faça a sua parte (R. Lima, 2019, p. 4).

De acordo com Delgado (2019, p. 3), "há bons motivos para acreditar que a resistência ao desmonte é possível e será exitosa", e suas trincheiras se encontram nos serviços territoriais.

3. OS CAMINHOS DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

> Uma canção infantil, à vera
> Mas lamento, velho, aqui a bela não fica com a fera
> Também pudera, é cada um no seu espaço
> Sapatos de cristal pisam em pés descalços
> (Canção Infantil – Cesar MC)

Atualmente, são múltiplas as formas de compreensão da infância e da adolescência, e múltiplos os significados atribuídos a esses termos (Zaniani & Boarini, 2011). A compreensão pode partir desde uma perspectiva cronológica, fisiológica, psicológica ou social. Contudo, observa-se que, isoladamente, tais perspectivas se mostram insuficientes e não apresentam consenso. Por exemplo, considerando a perspectiva cronológica, Frota (2007) observa que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define crianças como pessoas com 12 anos de idade incompletos e adolescentes como pessoas de doze a dezoito anos de idade incompletos. A Convenção sobre os Direitos da Criança da Assembleia Geral das Nações Unidas ocorrida em 1989, por sua vez, definiu crianças como pessoas menores de 18 anos. Nessas diferentes formas de se abordar infância e adolescência, do ponto de vista dos estudiosos do desenvolvimento humano, elas são caracterizadas como etapas da vida que incluem mudanças físicas, cognitivas e sociais (Frota, 2007). Biologicamente, podem ser compreendidas como fenômenos universais, contudo, a apreensão social desses conceitos exige uma contextualização (Zaniani & Boarini, 2011).

Considera-se aqui que, para abordar temas relativos à infância e à adolescência, é preciso se atentar ao fato de que se tratam de conceitos construídos historicamente. Dessa forma, "não existe algo como a criança ou a infância, um ser e um estado essencial esperando para ser descoberto" (Frota, 2007, p. 149), mas a representação e interiorização desses conceitos, possibilitadas por uma determinada realidade concreta, histórica, política, econômica e social (Salles, 2005). Isso implica, primeiramente, em reconhecer que se a infância e adolescência são conceitos históricos e culturais, não existe uma infância e uma adolescência, mas múltiplas, ao longo do tempo e num mesmo

momento histórico, a depender do contexto (Zaniani & Boarini, 2011). Em segundo lugar, envolve compreender a impossibilidade de se analisar todas as infâncias e todas as adolescências sob um mesmo referencial (Frota, 2007).

Ariès (2017), ao analisar esse processo de construção histórica, identifica que na Idade Média não havia espaço para a infância e as crianças eram tratadas como "miniadultos", ocupando-se dos mesmos espaços, atividades e assuntos da vida adulta. Apenas após o Renascimento essa questão passa a se modificar, com o reconhecimento da criança como ser inacabado e dependente, portanto, inocente e frágil. Esse interesse psicológico e moral na infância, iniciado por volta do século XVI, intensifica-se gradativamente, firmando-se no século XVIII e dando as bases para a concepção Moderna de infância (Frota, 2007), que se tornou hegemônica a partir do século XIX, viabilizada pelo desenvolvimento das sociedades capitalistas, nas quais a família burguesa se estrutura em propriedades privadas e reconhece nas crianças a possibilidade de continuidade de seus projetos de acumulação (Dourado, 2009).

Esse processo iniciado nas classes mais abastadas se ampliou para as demais, estabelecendo-se como modelo comum a toda organização social. Por este motivo, Salles (2005) considera infância e adolescência conceitos da sociedade industrial, a partir das quais se estruturam as famílias nucleares conforme a nova organização do trabalho, permitindo a compreensão da infância como uma etapa distinta da vida adulta. De acordo com Zaniani e Boarini (2011), essa transformação econômica e social implica no surgimento de duas posturas distintas e concomitantes em relação à infância, observadas por Ariès (2017): de "paparicação", que pressupõe a criança como ingênua e, portanto, devendo ser protegida; e de "moralização", pois, sendo inacabada e imperfeita, precisa ser educada. Desse modo, a concepção Moderna de infância direcionará as práticas institucionais destinadas a esse público (Zaniani & Boarini, 2011). Nesse contexto, família e escola se tornam instituições para transmissão da cultura e socialização da criança, de modo a garantir a continuidade da sociedade (Salles, 2005). Conforme aponta Ariès (2017, p. 10):

> A despeito das muitas reticências e retardamentos, a criança foi separada dos adultos e mantida à distância, numa espécie de quarentena, antes de ser solta no mundo. Essa quarentena foi a escola, o colégio. Começou então um longo processo de enclausuramento das crianças (como dos loucos, dos pobres e das prostitutas) que se estenderia até nossos dias, e ao qual se dá o nome de escolarização.

A escolarização, por sua vez, permitiu o reconhecimento da especificidade da adolescência, que passa a receber interesse por volta de 1890 (Salles, 2005). Se por um lado o século XIX é marcado pela consolidação de um "sentimento da infância", ou seja, da construção de um reconhecimento da particularidade da criança, tal como constata Ariès (2017), o século XX se caracteriza pelo século da adolescência, que pôde ser reconhecida uma vez estabelecida a concepção de infância (Frota, 2007). Nesse período histórico passa a se desenhar uma sociedade de consumo, o que corrobora para o surgimento da imagem de um jovem modelo relacionado às ofertas do mercado, cuja veiculação se vinculou ao movimento *hippie* dos anos de 1960 e juvenil de 1968, o que contribuiu para a representação social de rebeldia do adolescente (Frota, 2007).

De acordo com Donzelot (1986), essa lógica de mercado ao longo do século XX também proporcionou mudanças na instituição familiar. Conforme já descrito, ao final do século XVIII e início do século XIX, com o processo de industrialização, a concepção de infância se consolida, estabelecendo seu papel de permitir a continuidade da organização social e devendo ser formada para tal. Necessidade essa que atribui importância à instituição escolar, a qual concretiza a separação entre seres adultos e seres em formação, assim como a família burguesa separa o espaço familiar da esfera pública (Salles, 2005). A partir do século XX, contudo, o avanço do capitalismo e seu imperativo de produção de força de trabalho e inclusão na lógica do consumo promoveu rearranjos subjetivos em toda a sociedade. Com as crianças e os adolescentes passando cada vez mais tempo nas escolas e menos tempo nos ambientes familiares, o privado do ambiente familiar se torna público e se instala um regime de atenção voltado às famílias (Donzelot, 1986). Nesse contexto, infância e adolescência se tornam objetos de estudo de especialistas, com o desenvolvimento de pesquisas, tanto explicativas,

quanto normativas, relacionadas a essa faixa etária (Salles, 2005). Há, portanto, um movimento no sentido de regulação do comportamento da criança, contribuindo com a resolução de conflitos inerentes ao ambiente escolar (Donzelot, 1986). Dessa forma, infância e adolescência se tornaram objetos de estudo de diferentes saberes: "independente da forma como era olhada, do posicionamento teórico que se tivesse sobre ela, a infância tornou-se visível como um estatuto teórico" (Frota, 2007, p. 152).

No Brasil, também houve um direcionamento da atenção para a infância e a adolescência relacionada ao processo de industrialização, seguido pela mediação de especialistas (Zaniani & Boarini, 2011). O país teve uma industrialização tardia, de modo que a escolarização, assim como a configuração da vida privada, se estabeleceu com atraso em relação aos países ocidentais, nos quais tais transformações ocorreram no início da Idade Moderna. Conforme afirma Del Priore (2010, p. 7), "sem a presença de um sistema econômico que exigisse a adequação física e mental dos indivíduos a esta nova realidade, não foram implementados os instrumentos que permitiriam a adaptação a este novo cenário".

A ocorrência desse processo pode ser observada, no Brasil, ao final do século XIX e é marcada pela abolição da escravidão, explosão demográfica, imigração e falta de estrutura das cidades para esse contingente populacional crescente, tornando-se propícias à proliferação de doenças e ocasionando a escassez de postos de trabalho (Cunha & Boarini, 2010). Tais questões levaram ao surgimento de diversas problemáticas, como o aumento da criminalidade, da mendicância e da mortalidade infantil (Zaniani & Boarini, 2011). Diante desse cenário, entra em cena o movimento higienista, já abordado anteriormente: para prevenir a proliferação de doenças, seria necessário incutir hábitos de higiene na população e isolar as pessoas acometidas por doenças contagiosas. A mesma premissa adotada para a saúde física valeria também para garantia da saúde mental e social, configurando, assim, o ideário da higiene mental, com ideias afins à teoria da degenerescência e aos pressupostos eugênicos (Cunha & Boarini, 2010). De acordo com Brito e Vitorino (2020, p. 67), "a

infância constituía um forte interesse para autores da degenerescência", por possibilitar uma intervenção precoce aos predispostos à delinquência, prevenindo-a.

Anteriormente, durante o período colonial, as primeiras noções de infância, importadas da Europa, foram introduzidas pelos Jesuítas, que associavam as crianças à santidade de modo que essa seria uma faixa etária privilegiada para a apreensão da moral cristã (Bulhões, 2018; Ricieri & Santos, 2016), sendo que a catequese conservaria a docilidade e a obediência da criança (Neto, 2003). Contudo, Bulhões (2018) ressalta que a concepção de infância, nesse período, variava conforme a etnia e a classe social da criança. Conforme observa Fontes (2005, p. 88): "a história da infância no Brasil se confunde com a história do preconceito, da exploração e do abandono, pois, desde o início, houve diferenciação entre as crianças, segundo sua classe social, com direitos e lugares diversos no tecido social".

No que diz respeito à assistência, segundo Zaniani e Boarini (2011), tanto no Brasil Colônia, quanto no Brasil Império, predominava uma atenção caritativa, com a existência de inúmeras entidades voltadas à prestação de cuidados diversos, sobretudo relacionados à pobreza (Neto, 2003). Foi registrado, como a primeira manifestação de interesse público em relação à infância, o relato de uma autoridade pública documentado em carta e enviado a Portugal acerca das condições de crianças abandonadas, em 1693. A resposta ao pedido de providências se materializou na implantação do modelo europeu de "casa dos expostos", em 1726 na Bahia e em 1738 no Rio de Janeiro, onde as crianças eram deixadas em um mecanismo denominado Roda (Zaniani & Boarini, 2011).

> A Roda dos Expostos foi uma instituição que existiu e foi extinta na França, que existiu em Portugal e foi trazida para o Brasil no século XVIII. Os governantes a criavam com o objetivo de salvar a vida de recém-nascidos abandonados, para encaminhá-los depois para trabalhos produtivos e forçados. Foi uma das iniciativas sociais para orientar a população pobre no sentido de transformá-la em classe trabalhadora e afastá-la da perigosa camada envolvida na prostituição e na vadiagem (Leite, 1991, p. 66).

De acordo com Leite (1991), a Roda apresentava um compartimento instalado no muro da entidade, em geral Santas Casas de Misericórdia, com a porta para a rua, no qual as crianças eram deixadas, anonimamente. Este compartimento cilíndrico girava verticalmente, de modo que a criança era colocada para dentro da instituição de caridade sem expor os que a deixavam ali (Bulhões, 2018).



Figura 04 - Roda dos expostos da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

Fonte: Dias (2017).

Essas entidades, contudo, se estabeleciam em condições precárias, incapazes de garantir amparo e segurança às crianças, de modo a apresentar elevados índices de mortalidade deste público. Dessa forma, tal estratégia foi insuficiente para proteção das crianças, vez que as taxas de mortalidade e de abandono permaneceram elevadas, considerando que muitas das crianças deixadas na Roda eram novamente abandonadas nas ruas após os três anos de idade (Zaniani & Boarini, 2011). Segundo Leite (1991, p. 67)

> A prática ilegal e quase aberta do abandono e o fatalismo com que era aceita a mortalidade infantil revelavam certa indiferença ao valor da criança até o início do século XIX, quando as escolas começaram a descobri-la e a classe médica passou a insistir na necessidade da criação

> dos filhos pelas mães, pois cada criança achada (depois de abandonada) era uma criança perdida.

Devido às condições de higiene precárias e pelo cunho estritamente religioso, tais instituições passaram a receber críticas dos médicos higienistas, que denunciavam as elevadas taxas de mortalidade infantil. Em um contexto no qual o trabalho escravo gradativamente se convertia em trabalho assalariado, a morte de crianças representava a perda de força de trabalho em potencial, implicando um prejuízo econômico. Desta forma, o significado social da criança era alterado e o interesse por elas aumentava. A caridade já não era mais suficiente para suprir os problemas que se intensificavam, e a filantropia científica se firmava como a melhor possibilidade de proteção à infância, a partir de uma atuação preventiva e baseada na higiene mental (Zaniani & Boarini, 2011). De acordo com Rizzini e Pilotti (2011, p. 22) "a filantropia distinguia-se da caridade, pelos seus métodos, considerados científicos, por esperar resultados concretos e imediatos, como o bom encaminhamento dos desviantes à vida social, tornando-os cidadãos úteis e independentes da caridade alheia". Com o tempo, a disseminação do ideário higienista foi tão intensa que os conceitos deixaram de apresentar diferenciação entre si.

Também o higienismo mental e a eugenia formaram as bases para uma psiquiatria infantil no Brasil (Faggion & Boarini, 2018), considerando os pressupostos eugênicos de hereditariedade dos comportamentos indesejáveis e a perspectiva higienista de que as crianças seriam facilmente moldáveis, configurando-se, portanto, objeto estratégico na prevenção das mazelas sociais. Essas premissas direcionaram a intervenção estatal voltada a crianças e adolescentes na jovem República que almejava alcançar seus ideais de ordem e progresso (Cunha & Boarini, 2010).

> Nestes termos, uma das instituições objeto de importantes e inúmeras intervenções dos higienistas foi a escola, sendo possível afirmar que da educação escolar nada escapou. Tudo foi esquadrinhado, quantificado e classificado sob a inspeção médica escolar, desde o ambiente físico até o nível intelectual dos alunos (Boarini, 2007, p. 8).

Assim sendo, com a intensificação de problemas sociais, dentre os quais figuravam índices expressivos de criminalidade infantil (que passa ser considerada uma grave enfermidade social), o Estado é convocado a se responsabilizar pelas demandas de crianças em situação de pobreza, caracterizadas como "material e moralmente abandonadas" e denominadas "menores" nas produções científicas, com a defesa de um tratamento diferenciado para elas. Neste sentido, a criança passa do lugar de vítima ao de ameaça à ordem, sendo a infância denominada como "menor" compreendida como um perigo social (Zaniani & Boarini, 2011). De acordo com Frota (2007, p. 153):

> Menores eram aquelas crianças e adolescentes pobres, pertencentes às famílias com uma estrutura diferente da convencional (patriarcal, com pai e mãe presentes, com pais trabalhadores, com uma boa estrutura financeira e emocional, dentre outros). Aquelas crianças caracterizaram-se como "menores" em situação de risco social, passíveis de tornarem-se marginais e, como marginais, colocarem em risco a si mesmas e à sociedade. Deste modo, tornou-se uma norma social atender à infância abandonada, pobre e desvalida, mas a partir de um olhar de superioridade, na tentativa de salvamento ou de "adestramento".

Desta forma, o Estado responde a essa demanda através da criação de todo um aparato jurídico e institucional voltado a essa parcela da infância (os menores), materializado no Código de Menores de 1927 (Cunha & Boarini, 2010). "Os alicerces de uma sociedade em construção passavam a ser demarcados por médicos e juristas que reconheciam na desassistência a esfinge do país que aspirava a civilização" (Zaniani & Boarini, 2011, p. 277).

3.1 Da situação irregular à proteção integral

De acordo com Cunha e Boarini (2010), o Código de Menores concretiza a associação entre os saberes médicos e jurídicos em um projeto comum, de modo que os primeiros dariam embasamento técnico à decisão dos operadores desses últimos. Posteriormente a essa promulgação legislativa, foi criado o Serviço de Assistência a Menores (SAM), em 1941, órgão federal responsável

pelo controle da assistência, que geralmente consistia no encaminhamento às poucas instituições oficiais existentes e às instituições privadas conveniadas ao governo (Rizzini & Pilotti, 2011).

Nesse direcionamento, as intervenções do Estado se embasavam nas premissas da higiene mental de que as mazelas sociais eram ocasionadas por falhas individuais, de modo que se estabelecem medidas corretivas ao indivíduo desviante (Frota, 2007; Zaniani & Boarini, 2011).

> Assim, o ideário da higiene mental e da eugenia, que privilegiava o indivíduo, traçando suas medidas físicas e sua hereditariedade, refletindo sobre os seus hábitos "degenerados", "imorais", ou pensando a sua personalidade, permaneceu presente nas medidas e nas práticas instituídas ao longo do século XX (Cunha & Boarini, 2010, p. 221).

Considera-se, então, que a estruturação dessa primeira política pública nacional voltada à infância se configura como "uma estratégia de criminalização e medicalização da pobreza" (Arantes, 2004, p. 163). Conforme assinalam Cunha e Boarini (2010, p. 209), ao longo da história "a prática da exclusão foi constante no que diz respeito à busca de solução para os males que afligiam a sociedade brasileira". Desse modo, a resposta estatal aos problemas sociais que envolviam a infância e a adolescência consistiu na institucionalização deste público (Frota, 2007).

O Código de Menores de 1927 dispunha que a medida aplicada àqueles com idade inferior a dezoito anos que se consideravam ser uma ameaça à ordem (seja devido ao abandono, à delinquência ou à vadiagem) ou que estariam "em risco de ser" (haja vista o caráter preventivo do movimento higienista que embasava a estruturação desta intervenção) poderia ser a de internação em hospital, asilo ou instituições educativas (Cunha & Boarini, 2010; Decreto nº 17.943, 1927).

> Ao serem sistematicamente enviados a "Abrigos", "Casas", "Lares", "Orfanatos", "Recolhimentos", "Colônias", "Aldeias", "Preventórios", "Presídios" e "Internatos", generalizou-se a idéia de que lugar de criança pobre é em algum tipo de instituição, não apenas para prestar-lhe algum tipo de assistência como também para retirá-la da rua e para separá-la dos supostos maus hábitos de sua família (Arantes, 2004, p. 164).

Nesse contexto, a legislação impõe um limite ao poder familiar, que passa sua autoridade à figura do juiz de menores, responsável por classificar as crianças e decidir acerca de seus destinos. Os indicadores para nortear essa decisão incluíam "o estado físico mental e moral do menor, e a situação social, moral e econômica dos pais" (Cunha & Boarini, 2010, p. 213) e, neste ponto, a legitimação da medida era fornecida pelo saber técnico que a subsidiava, inicialmente representados pela figura do médico, mas, logo em seguida, incluindo demais profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, educadores, entre outros, que passaram a compor a rede de proteção à infância (Arantes, 2004).

Quanto à duração das medidas de internação, uma vez que a pena teria caráter curativo/corretivo, não haveria um tempo pré-determinado, sendo mantida até que o "menor" fosse considerado "regenerado", razão pela qual a importância de outros saberes profissionais era ratificada, tornando o profissional psiquiatra um membro obrigatório da equipe do Juizado de Menores (Cunha & Boarini, 2010). Na legislação, as disposições acerca da duração destas medidas foram descritas no artigo nº 69, capítulo VII, do Decreto nº 17.943 (1927) da seguinte forma:

> § 2º Si o menor não fôr abandonado, nem pervertido, nem estiver em perigo de o ser, nem precisar do tratamento especial, a autoridade o recolherá a uma escola de reforma pelo prazo de um n cinco annos.
>
> § 3º Si o menor fôr abandonado, pervertido, ou estiver em perigo de o ser, a autoridade o internará em uma escola de reforma, por todo o tempo necessario á sua educação, que poderá ser de tres annos, no minimo e de sete annos, no máximo.

Com o passar do tempo, foi colocada em discussão a necessidade de atualização da legislação (Wohnrath, 2014) e, em 1964, com o governo militar, esse aparato avança através da criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem), que previa a criação de novos dispositivos para estudo, diagnóstico, tratamento e internação dos menores (Cunha & Boarini, 2010). De acordo com Arantes (2004), a Funabem consistiu em uma instância para formulação e implementação de políticas para o setor, que teve seu aparato repressivo e de controle capilarizado nos estados do país

através da criação da Fundação Estadual de Bem-Estar do Menor (FEBEM), conforme aponta Faleiros (2011). Segundo Vogel (2011), as FEBEMs reproduziam a nível estadual as ações da Funabem, sobretudo quanto à execução e/ou incentivo aos internamentos. Dessa forma, o modelo de internações foi intensificado em instituições públicas e privadas que "mantiveram e aprimoraram o modelo carcerário e repressivo, cuja trajetória ascendente . . . começava a estagnar logo em seguida, entrando em processo de crise e dissolução, quando os militares cederam lugar aos primeiros governos democráticos" (Rizzini & Pilotti, 2011, p. 27).

Antes da dissolução do regime militar, contudo, o Código de Menores de 1927 foi atualizado pela Lei nº 6.697 de 1979, firmando a doutrina da situação irregular, que diz respeito às regulamentações acerca desse grupo de crianças e adolescentes considerados em situação de risco e classificados como um risco para a sociedade (Wohnrath. 2014). Segundo Cunha e Boarini (2010, p. 219), "essa legislação pode ser caracterizada pela manutenção de diversos aspectos já presentes na legislação anterior e por alterações que representaram uma maior intransigência em relação aos menores", o que representa o caráter repressivo dos "anos de chumbo" vivenciados no Brasil de então.

Com o processo de redemocratização do país, a doutrina da situação irregular não se sustenta em um contexto de abertura política, passando a receber diversas críticas e questionamentos. Entrando em cena novos atores políticos através da organização popular por garantia de direitos, inicia-se uma movimentação social pelos direitos das crianças e dos adolescentes (Rizzini & Pilotti, 2011). Essa agenda alcança a Constituição Federal de 1988, que respalda a doutrina da proteção integral, a qual embasará a formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 (Zaniani & Boarini, 2011).

De acordo com Amin (2006), a doutrina da proteção integral diz respeito a uma série de normas que dispõem acerca da posição de crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos, a qual foi assegurada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Dessa forma, ao legitimar a concepção acerca da população infantojuvenil enquanto público para o qual dever haver

a garantia de direitos fundamentais, a doutrina da proteção integral substitui a doutrina da situação irregular que vigorava até então, a qual fundamentava-se no Código de Menores, legislação voltada para crianças e adolescentes em situações consideradas inadequadas (Brambilla & Avoglia, 2010). Trata-se de uma mudança radical, que aboliu o termo "menor" e reconhece que todas as crianças devem receber uma política de atenção integral (Frota, 2007).

Couto e Delgado (2015) sistematizam as duas doutrinas aqui expostas como matrizes de leitura sobre os problemas da criança e do adolescente que envolvem tanto a compreensão desse público, quanto as intervenções direcionadas a ele. Tais questões podem ser melhor compreendidas a partir de uma disposição como a apresentada no quadro abaixo. Os autores ainda enfatizam o fato de que a doutrina da situação irregular vigorou por pelo menos 80 anos, até que a doutrina da proteção integral pudesse ser construída a partir dos anos de 1980.

	Doutrina da situação irregular	**Doutrina da proteção integral**
Representação social da criança e do adolescente	Menor	Sujeito de direitos
Marco jurídico	Código de Menores	Estatuto da Criança e do Adolescente
Concepção de Estado	Tutelar e de controle	Proteção e bem-estar social
Modos de intervenção	Institucionalização (reformatórios, educandários, entre outros)	Cuidado comunitário sob a lógica psicossocial

Tabela 3 – Matrizes de leitura sobre a infância e a adolescência

Fonte: Couto e Delgado (2015).

Apesar de representar um avanço considerável em relação à proteção de crianças e adolescentes, esse "novo paradigma jurídico, político e administrativo, destinado à resolução da problemática da infância e da juventude no Brasil, nos termos de uma sociedade democrática e participativa" (Rizzini & Pilotti, 2011, p. 29) ainda se depara com desafios significativos, conforme será apresentado adiante.

3.2 A INFÂNCIA E A ADOLESCÊNCIA NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

No campo da saúde mental infantojuvenil é possível observar a presença de dois movimentos distintos, separados por quase uma década (Couto & Delgado, 2015), que apesar de caminharem próximos, só se encontraram no início dos anos 2000 (Fernandes, Matsukura, Lussi, Ferigato & Morato, 2020). Dessa forma, o movimento pela garantia de direitos às pessoas em sofrimento psíquico e o movimento pela garantia de direitos às crianças e aos adolescentes, apesar de serem movimentos distintos, possuem íntima relação (Couto & Delgado, 2015).

Observa-se, portanto, um reconhecimento recente da Saúde Mental da Criança e do Adolescente (SMCA) no âmbito das políticas públicas brasileiras (Couto et al., 2008). No cenário internacional, a compreensão das questões relativas à saúde mental infantojuvenil se apresentou em duas tendências principais: a de compreender o sofrimento psíquico infantojuvenil de modo análogo ao sistema de compreensão psicopatológico estabelecido para os adultos (adultomorfismo) e a de incluir crianças na categoria de deficiência intelectual e adolescentes na categoria de delinquentes (Fernandes et al., 2020). Esta última tendência pôde ser verificada mais nitidamente no Brasil e, como já abordado, levou à intensa institucionalização dessa faixa etária.

De acordo com Couto e Delgado (2015), a política direcionada aos “menores” não fazia distinção entre crianças e adolescentes em situação de abandono, crianças e adolescentes com deficiência e crianças e adolescentes que padeciam de alguma doença. Entre as crianças e adolescentes com deficiência, recordistas nos abrigos, não se diferenciavam os transtornos mentais. Nas últimas duas categorias citadas, prevalecia o confinamento perene. Sendo assim, é possível observar “processos de exclusão, tanto dos ‘menores’ quanto dos ‘loucos’, através do uso de um mesmo mecanismo, o de institucionalização” (Couto & Delgado, 2015, p. 26). Dessa forma, se faz presente uma mesma lógica de exclusão e tutela operando por caminhos institucionais distintos.

Apesar de já estarem inscritas no discurso médico, sendo a LBHM considerada como a primeira iniciativa em psiquiatria infantil no Brasil, o sistema psiquiátrico não incluiu as crianças e adolescentes da mesma maneira que os adultos (Couto & Delgado, 2015). Vicentin (2006) levanta a

hipótese de que, por serem instituições a serviço do controle e ordenamento social, incluiriam apenas adultos que ameaçavam a ordem, considerando que já havia um controle da infância exercido pela família. Às crianças encontradas fora desse controle familiar, já se sabe o direcionamento dado, a partir da política para "menores" (Cunha & Boarini, 2010). O transtorno mental, na perspectiva do higienismo mental vigente nesse período, era compreendido "como fruto da hereditariedade ou de influências indesejáveis do ambiente, especialmente da família" (Cunha & Boarini, 2011, p. 69) e os problemas relativos à saúde mental de crianças e adolescentes "considerados efeitos extremos da pobreza e do abandono" (Couto & Delgado, 2015, p. 26). Dessa forma, a intervenção estatal, embasada no higienismo, era a de retirada das crianças e adolescentes do ambiente familiar e encaminhamento aos centros de correção (Cunha & Boarini, 2010). Eram escassas, portanto, as ofertas de assistência à saúde mental propriamente ditas. Se desenvolviam, contudo, por meio de uma lógica asilar.

Couto e Delgado (2015, p. 31) observam nesse aspecto o "não reconhecimento da possibilidade de uma criança portar o enigma da loucura". De acordo com Cunha e Boarini (2011), durante os primeiros anos da República, o atendimento em saúde mental infantojuvenil era praticamente inexistente e, nos casos em que ocorriam, tratava-se de assisti-los nos mesmos locais de atendimento aos adultos. Nesse sentido, Fernandes et al. (2020) pontuam que até o século XIX as crianças consideradas "loucas", em geral, eram reclusas junto aos adultos em hospitais psiquiátricos. Dentre os espaços destinados à assistência em saúde mental infantojuvenil especificamente, Couto e Delgado (2015) verificam a existência de alas específicas no Hospital Nacional de Alienados sob o comando de Juliano Moreira em 1904 e no Engenho de Dentro no Rio de Janeiro, contudo, assinalam se tratar de iniciativas incipientes dentro do contexto geral.

Sendo assim, observa-se que em relação aos processos de reorganização da assistência, crianças e adolescentes passavam por uma invisibilização mesmo no movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, de modo que para eles, a RPb não significa a superação do modelo psiquiátrico, mas a superação da ausência de modelos e da desassistência no âmbito da saúde mental

(Couto & Delgado, 2015). Essa invisibilização se refletiu na organização de uma Política Pública de Saúde Mental após a reforma que leva pouco em consideração as particularidades da infância e da adolescência (Vicentin, 2006).

Para compreender o processo de construção a Política Nacional de Saúde Mental, Couto e Delgado (2015) analisam as discussões e encaminhamentos das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) e observam que na I CNSM, em 1987, a temática da saúde mental infantojuvenil se faz presente, mas de maneira tímida, e carece de propostas. Curiosamente, no que se refere à II CNSM, realizada em 1992, período no qual o movimento pela garantia de direitos de crianças e adolescentes havia alcançado seu ápice, a temática aparece em uma única menção no relatório final. Conforme apontam Cunha de Boarini (2011, p. 70):

> Em relação à criança e ao adolescente, a I Conferência reconheceu a ausência de legislação específica e a "(...) deformação conceitual vigente, que considera menores sem lar, 'meninos de rua', como futuros delinqüentes ou psicopatas" e propõe a limitação da internação psiquiátrica de adolescentes e do uso de psicofármacos (Brasil, 1988). As Conferências seguintes, assim como a primeira, não se detiveram longamente na questão da atenção à saúde mental infantil e, quando o fazem, reforçam a necessidade da desinstitucionalização deste cuidado (Brasil, 1992; 2001).

Desta forma, é possível observar que, apesar de infância e adolescência serem abordadas de maneira pouco específica durante as duas primeiras conferências, o anseio pela construção de uma atenção comunitária demonstrava uma tendência em se estabelecer também em relação ao público infantojuvenil. Essa inflexão comunitária se fez mais claramente presente na III CNSM em 2001, que reconhece crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos e estabelece a SMCA como responsabilidade do Estado, devendo este ofertar uma assistência no território, em rede e norteada eticamente pela inclusão social. Para tanto, uma das reivindicações colocadas na III CNSM era a criação de CAPS específicos para o público infantojuvenil, a qual foi atendida apenas dois meses após a sua realização, por meio da publicação da Portaria nº 336/2002, a primeira Portaria do SUS

que traz disposições sobre a SMCA (Couto & Delgado, 2015). Sendo assim, o CAPSi pode ser considerado como a primeira ação do Estado em relação à política de saúde mental infantojuvenil e a resposta oficial do SUS para a SMCA (Fernandes et al., 2020).

No decorrer dos anos, a questão do cuidado territorial e em rede permanece presente e é retomada como pauta na IV CNSM, realizada em 2010, sendo essa a primeira conferência integralmente intersetorial.

> Em relação à SMCA, foram ratificadas as diretrizes anteriormente propostas na III CNSM e ampliadas significativamente as questões-chave para o efetivo desenvolvimento da rede de atenção, com especial destaque aos desafios advindos do trabalho intersetorial. A noção de rede pública ampliada de atenção se inscreveu como síntese da direção a ser conquistada pelo SUS na organização da assistência à SMCA (Couto & Delgado, 2015, p. 33).

Atualmente, transcorridos aproximadamente doze anos desde a IV CNSM, esta perspectiva se mantém no planejamento para a V CNSM, prevista para ocorrer em maio de 2023. O regimento da V CNSM, divulgado por meio da publicação da Resolução nº 660/2021 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), prevê, na exposição do temário, a abordagem às temáticas da SMCA e da intersetorialidade: no eixo I – "Cuidado em liberdade como garantia de Direito a cidadania", por meio do subeixo "Saúde mental na infância, adolescência e juventude: atenção integral e o direito à convivência familiar e comunitária" e no eixo III – "Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade", por meio do subeixo "Intersetorialidade e integralidade do cuidado individual e coletivo da Política de Saúde Mental", respectivamente (CNS, 2021).

Conforme preconizava os encaminhamentos da III CNSM em 2001, hoje, de fato, os pilares da SMCA se estabelecem em diretrizes para articulação intersetorial, enfatizando-se a importância da organização de uma rede pública ampliada e composta pelas diversas políticas. Contudo, tal articulação é ainda um dos desafios que se colocam à efetivação da atenção psicossocial infantojuvenil na atualidade (Couto et al., 2008).

3.3 PERCALÇOS E DESAFIOS NA ATENÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA

São inegáveis os avanços proporcionados pela promulgação da Lei 8.069/1990, contudo, alguns autores (Eduardo & Egry, 2010; Lemos, 2008; Mello, 1999) apesar de reconhecê-los, tecem reflexões importantes sobre as dificuldades implicadas no processo de transformação da teoria em práxis. Eduardo e Egry (2010), em entrevistas realizadas com trabalhadores de programas de atendimento a adolescentes, observaram que os dispostos no Estatuto da Criança e do Adolescente aparecem no discurso dos profissionais; porém, pouco se pode visualizar destes em suas práticas, o que remete a uma dificuldade de se apropriar efetivamente das mudanças estabelecidas em lei. Vale ressaltar que, somado a essa questão, é possível verificar que existem aspectos da própria realidade social brasileira que se interpõem de maneira antagônica ao que dispõe a legislação, sobretudo devido às desigualdades sociais existentes, motivo pelo qual é preciso, ainda, um intenso trabalho no que diz respeito à desconstrução de alguns paradigmas para que a legislação se torne, de fato, um preceito internalizado (Mello, 1999).

Neste contexto de desigualdades, entende-se que "os dispositivos de controle social projetaram uma imagem da pobreza que tem logrado manter-se, ao longo do tempo, sem prejuízo das eventuais variações históricas ou regionais dessa percepção" (Rizzini & Pilotti, 2011, p. 325). Desse modo, há uma estereotipação do pobre que se atualiza, primeiro pelo estereótipo do pobre relacionado à vadiagem, depois, do pobre como incapaz, o qual permanece na atualidade e se manifesta inclusive no perfil assistencial dos serviços. Cunha e Boarini (2011), em estudo sobre o funcionamento dos CAPSi, observaram que a maior parte das famílias assistidas por estes serviços vivem em condições financeiras precárias, não obstante se tratar de um dispositivo do SUS, que tem como princípio a universalidade, ou seja, a oferta de atendimentos a todas as pessoas, não apenas àquelas com dificuldades financeiras.

Outra questão que se mantém é referente ao paradigma da exclusão e do isolamento. De acordo com Cunha e Boarini (2010, p. 221), "a internação ainda continua sendo a medida preferida

pelos juízes e promotores [...] presente em 80% das sentenças proferidas . . . na prática, o Estatuto da Criança e do Adolescente não é respeitado e as práticas não se alteraram significativamente".

Em relação à atenção psicossocial infantojuvenil, muitos desafios também se fazem presentes, dentre os quais se destacam: insuficiência de recursos investidos, ausência de supervisão clínico-institucional nos serviços, escassez de formação para a rede e falta de entendimento do gestor sobre o papel do CAPS (Couto & Delgado, 2015). Acerca deste último ponto elencado, Cunha e Boarini (2011, p. 73) assinalam que o "desvirtuamento do objetivo do CAPS acarreta um desamparo aos casos que realmente necessitam de serviços especializados". Dessa forma, a sobrecarga dos CAPS atrapalha seu funcionamento e se relaciona a uma ausência de corresponsabilização da rede pelas demandas de saúde mental, sobretudo no que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS), que deveria ser resolutiva para os casos de menor gravidade. Fernandes et al. (2020) denominam esse fenômeno como "encapsulamento", atribuindo a centralização de demandas no CAPS como consequência, tanto do contingenciamento de recursos, que deixa a APS enfraquecida e trabalhando no limite do atendimento às diversas demandas em saúde, quanto da relação histórica estabelecida entre saúde mental e saúde geral, com uma vinculação frágil desta última à primeira. Por outro lado, vale ressaltar, entende-se que o apego extremo ao critério de "transtorno mental severo" para atendimento em CAPS pode prejudicar o acesso e desconsiderar aspectos subjetivos do sofrimento psíquico (Fernandes et al., 2020). Cunha e Boarini (2011, p. 73), acerca dessa questão, enfatizam a recomendação de que "o profissional deste dispositivo tenha uma escuta atenta, capaz de compreender as determinações da demanda acolhida".

O termo "encapsulamento", proposto por Fernandes et al. (2020) pode remeter, também, a um fechamento dos CAPS em si mesmos diante da sobrecarga referida, o que se relaciona a um outro desafio imposto à atenção psicossocial que, se superado, poderia, inclusive, contribuir para a resolução da intensa sobrecarga e da preocupação com o acesso. Trata-se da questão da operacionalização da rede. Conforme já mencionado, os CAPS, em suas diversas modalidades,

possuem um mandato para além da assistência direta: o de gestão da rede. De acordo com Couto et al. (2008, p. 396):

> O caráter abrangente do mandato dos CAPSi exige acompanhamento, avaliação e revisão crítica permanentes. Vale ressaltar que este mandato, se efetivado adequadamente, poderá viabilizar soluções locais em relação às diferentes ordens de problemas que afetam a saúde mental de crianças e jovens.

Observa-se, portanto, que essa questão também se relaciona a uma dificuldade de gestão. De acordo com Ramminger e Brito (2011), a atenção psicossocial necessita de uma gestão que possibilite a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, Delgado (2007, p. 64) enfatiza que "se não incorporar uma dimensão clínica, a gestão está fadada ao fracasso", de modo que se faz necessário, além de uma gestão da clínica, a construção de uma clínica da gestão. Dessa forma, a clínica precisa ser pensada para ser gerida, mas a gestão também precisa pensar a si mesma.

Estudos sobre o atual modelo de atenção em saúde mental infantojuvenil, apesar de pontuarem sobre os limites deste, reconhecem sua importância e efetividade. Esses limites, contudo, não decorrem nem das ações dos trabalhadores, tampouco da organização do modelo, mas apontam para uma necessidade de ampliação e fortalecimento da atenção psicossocial, cujos princípios nem sempre são operacionalizados conforme preconizado, a exemplo da observação de redes que funcionam na contramão dos princípios da RAPS e da PNSM (Fernandes et al., 2020). Contudo, em que pese a insuficiência das normativas oficiais, importa ressaltar que "se marcos legais por si só não alteram a realidade, podem, em certas circunstâncias, produzir modulações no real, agindo ativamente na inscrição social de novas concepções e práticas eticamente sustentáveis" (Couto & Delgado, 2015, p. 21).

4. AS ESTRADAS PERCORRIDAS: DESENHO DA PESQUISA E CONSTRUÇÃO DO TERRITÓRIO

Por esse pão pra comer, por esse chão pra dormir
A certidão pra nascer e a concessão pra sorrir
Por me deixar respirar, por me deixar existir
Deus lhe pague
Pela cachaça de graça que a gente tem que engolir
Pela fumaça, desgraça que a gente tem que tossir
Pelos andaimes pingentes que a gente tem que cair
Deus lhe pague
Pela mulher carpinteira pra nos louvar e cuspir
E pelas moscas bicheiras a nos beijar e cobrir
E pela paz derradeira que enfim vai nos redimir
Deus lhe pague
(Construção – Chico Buarque)

O presente capítulo consiste na caracterização da pesquisa e do território onde foi desenvolvida. Dessa maneira, inicialmente será apresentado o percurso metodológico adotado e, em seguida, alguns dados sobre o município onde a pesquisa se desenvolveu. Por fim, serão discutidas algumas particularidades do serviço de atenção psicossocial estudado. Por questões éticas, houve o cuidado de se omitir informações que implicassem na identificação do município e/ou do serviço em que o estudo foi realizado, de modo a preservar o sigilo da identidade das pessoas envolvidas, conforme recomendação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

4.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa buscou investigar como se desenvolvem, atualmente, os processos de institucionalização do público infantojuvenil assistido por um serviço substitutivo de saúde mental. Partiu-se da hipótese de que os registros documentais relativos à assistência em saúde mental de

crianças e adolescentes encaminhados para internação psiquiátrica evidenciam relações de poder que se atualizam para manutenção dos processos de institucionalização infantojuvenil na contemporaneidade.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e objetivo exploratório e descritivo. De acordo com Gil (2002), as pesquisas exploratórias pretendem construir uma maior proximidade com o problema, tornando-o mais evidente e proporcionando uma nova visão sobre ele, por meio da exploração de diversos aspectos relacionados ao objeto de estudo, conforme revisão bibliográfica empreendida nos primeiros capítulos deste trabalho. As pesquisas descritivas, por sua vez, buscam estudar e descrever as características de um fenômeno (no presente trabalho, a institucionalização de crianças e adolescentes na contemporaneidade) e, quando se aproximam de um objetivo exploratório, podem promover uma nova visão acerca do problema de pesquisa (Gil, 2008).

Quanto aos procedimentos técnicos e instrumentos de coleta de dados, caracterizam-se como pesquisa documental, uma vez que esta se dedica a explorar os registros que compõem os prontuários de usuários de um CAPSi encaminhados pelo serviço para internação psiquiátrica. Nos serviços de saúde, os prontuários de registro multiprofissional são instrumentos de grande importância, considerados fontes de informações que descrevem o percurso assistencial das pessoas atendidas e se configuram como uma espécie de diário que discorre acerca da história de saúde desses indivíduos. Por esse motivo, caracterizam-se como documentos de relevância não apenas para a gestão do cuidado, mas também no que se refere ao caráter legal e científico que adquirem (Santana, Oliveira & Marcon, 2019).

De acordo com Kripka, Scheller e Bonotto (2015), a análise documental permite "captar o fenômeno a partir das perspectivas contidas nos documentos" (p. 65). Nesse sentido, aliando-se ao objetivo desta pesquisa, cabe considerar o que dispõem Silva, Scisleski, Hartmann e Pires (2009) ao explanarem que os documentos são resultados de produções sociais e, por este motivo, refletem as relações de poder existentes na sociedade. Sendo assim, um olhar atento sobre os conteúdos dessas fontes é capaz de gerar novas concepções sobre questões contemporâneas, como é o caso dos

processos de institucionalização de crianças e adolescentes com demandas relacionadas à saúde mental na contemporaneidade, período pós-promulgações legislativas cujos enunciados se propunham a efetivar a garantia de direitos, tanto do público infantojuvenil (Lei nº 8.069, 1990), quanto dos usuários de serviços de saúde mental (Lei nº 10.216, 2001).

Diante do exposto, a escolha de tais documentos enquanto instrumentos para coleta de dados e a delimitação de casos de crianças e adolescentes encaminhados para internação psiquiátrica por um CAPSi cumprem com o que indicam Kripka et al. (2015), ao afirmarem que as escolhas metodológicas, sobretudo a dos documentos a serem estudados, devem implicar compatibilidade com o objeto de pesquisa e o problema elaborado.

A pesquisa foi realizada no CAPSi de um município interiorano de médio porte localizado no noroeste do estado do Paraná. A escolha pelo referido órgão público se deu em relação ao acesso pela pesquisadora, além de atender ao objetivo proposto na presente pesquisa. Em consonância ao referido objetivo, foram analisados prontuários de registro multiprofissional de crianças e adolescentes assistidos pelo serviço, que possuíam histórico de encaminhamento para internação psiquiátrica realizada pelo serviço em questão em determinado momento da assistência prestada. Os prontuários do CAPSi são preenchidos por todos os profissionais da equipe que prestam assistência ao usuário e são informatizados desde a criação do serviço no que diz respeito aos registros de atendimentos. O prontuário eletrônico é integrado entre todos os serviços públicos municipais de saúde, motivo pelo qual os registros de assistência prestada em outros pontos da rede de atenção à saúde foram analisados de forma complementar. Em pastas físicas de cada usuário também são arquivados os demais documentos, tais como relatórios e atas de reuniões, os quais foram utilizados para aprofundar a análise empreendida. A escolha pela análise documental dos prontuários de registro multiprofissional se deu pelo fato desses documentos contemplarem o percurso assistencial trilhado pelos pacientes nos serviços de saúde, possibilitando, portanto, a reconstituição dessa trajetória.

Quanto à amostra, considerando que o CAPSi aqui analisado só foi formalmente habilitado pelo Ministério da Saúde em meados de 2017, foram analisados os prontuários de usuários que foram

encaminhados para internação psiquiátrica entre os anos plenos de 2018 e 2019. O recorte temporal específico foi escolhido tendo como critério um período de tempo significativo transcorrido entre a habilitação do serviço e a ocorrência dos fatos, além de se considerar a proximidade temporal de ocorrência dos fatos analisados com o período de desenvolvimento da pesquisa, sendo descartado o ano de 2020 devido à atipicidade do contexto decorrente da pandemia do novo coronavírus (COVID-19), que implicaria na presença de variáveis outras que, no que pese a sua relevância para a produção de pesquisas em Psicologia Social na contemporaneidade, não se configuram como objeto de estudo proposto pela presente pesquisa.

Outro critério de inclusão da amostragem diz respeito à quantidade de encaminhamentos para internação realizados para um mesmo usuário, desta forma, foram selecionados dois casos sob os quais se debruçou o presente estudo, sendo utilizado como critério para escolha do primeiro caso o maior número de encaminhamentos para internação psiquiátrica (com um deles tendo ocorrido entre os anos de 2018 e 2019, conforme já mencionado), assim como para o segundo, contudo, aliado ao critério de exclusão de que se trate de usuário com sexo, idade e diagnóstico distinto do primeiro caso selecionado, de modo a permitir a implicação e reflexão acerca dessas variáveis em relação aos resultados obtidos.

O processo de seleção da amostra partiu da apresentação inicial, por parte da equipe do serviço, de seis casos assistidos: três de usuários do sexo masculino e três de usuárias do sexo feminino. Dentre os casos de usuários do sexo masculino, o primeiro deles contava com três encaminhamentos para internação psiquiátrica, porém, todos realizados a partir do ano de 2020, motivo pelo qual esse caso foi descartado. O segundo caso contava com seis encaminhamentos para internação psiquiátrica, ocorridos entre os anos de 2018 e 2020, e o terceiro caso contava com sete encaminhamentos para internação psiquiátrica entre os anos de 2018 e 2021, sendo, portanto, selecionado este último. No que se refere aos casos de usuárias do sexo feminino, o primeiro deles apresentava três encaminhamentos para internação psiquiátrica ocorridos apenas a partir do ano de 2020, sendo, portanto, descartado. O segundo caso, apresentava dois encaminhamentos para

internação psiquiátrica. Em relação ao terceiro caso, foram encontrados ao menos três laudos médicos sugerindo a internação psiquiátrica, emitidos nos anos de 2017, 2018 e 2020, apesar de apenas uma internação ter se efetivada, no ano de 2020. Considerando que o critério de seleção corresponde ao encaminhamento e, não necessariamente, sua efetivação, esse último caso foi selecionado para compor a amostragem.

Durante o ano de 2018, a partir de dados obtidos pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), constam 19 internações psiquiátricas de munícipes até 18 anos de idade do local de realização do presente estudo, contrastando com apenas duas internações psiquiátricas registradas para o mesmo público em 2019. Os dados são de acesso público e para melhor aproveitamento foram tabulados pelo programa Tabwin, que permite uma delimitação das variáveis que se busca levantar, por exemplo, detalhamento de idade, local de internação, raça/cor, entre outros. Não é possível, contudo, identificar reinternações.

Considera-se aqui as limitações dos sistemas de informação em saúde. Em relação ao sistema informatizado utilizado pelo CAPSi estudado, observou-se que esse não dispõe de campo para registro de solicitação de internação psiquiátrica. Havia uma planilha de registro manual que deixou de ser preenchida por volta do ano de 2020. Desse modo, o serviço não dispõe de relatórios para acompanhamento e análise das internações psiquiátricas solicitadas. O tipo de registro que o município dispõe, nesse sentido, se resume às solicitações de leito cadastradas na Central Estadual de Regulação Psiquiátrica e cujos dados divergem do SIH. A partir da experiência profissional da pesquisadora, suspeita-se que tais divergências entre o sistema de informações Estadual e Federal podem estar relacionadas a uma atualização insuficiente dos dados cadastrais dos usuários nesses sistemas (por exemplo, local de residência), falha nos registros e/ou questões relacionadas ao faturamento de AIH (Autorização de Internação Hospitalar). Ainda, o sistema estadual utilizado para regulação de leitos denominado GSUS (Sistema de Gestão Hospitalar e Ambulatorial do SUS), não dispõe de recurso para emissão de relatórios, apenas buscas específicas de solicitações realizadas. Dessa forma, também não se constitui enquanto ferramenta adequada para acompanhamento das

internações psiquiátricas. Apesar das limitações pontuadas, destaca-se que foi possível seguir o critério de seleção da amostragem estabelecido no delineamento metodológico da presente pesquisa por meio da análise dos encaminhamentos presentes no prontuário físico dos usuários do CAPSi.

Desse modo, de maneira geral, a coleta de dados ocorreu em documentos oficiais do serviço. De acordo com Chizzotti (2000, p. 16), "a pesquisa sobre um problema determinado depende das fontes de informação sobre o mesmo". Entende-se, portanto, que para desenvolver uma pesquisa é preciso definir as técnicas a serem utilizadas para obtenção de dados acerca do problema proposto (Minayo, 2001). Na presente pesquisa, foram utilizados os registros em prontuário e, de maneira complementar, nos demais documentos do serviço, como protocolos, atas de reuniões e autos processuais presentes em seus arquivos. A pesquisa documental permite "captar o fenômeno a partir das perspectivas contidas nos documentos" (Kripka et al., 2015, p. 57). Sendo assim, a análise documental possibilitou a reconstrução linear e a compreensão dos percursos institucionais dos casos estudados. Vale ressaltar que, para tanto, foi colhida declaração de concordância do serviço envolvido, dando anuência para utilização dos arquivos documentais da instituição como unidade de análise. Essa declaração foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina juntamente ao projeto de pesquisa e Termo de sigilo e responsabilidade assinado pela pesquisadora, sendo iniciada a referida coleta de dados após parecer favorável do comitê, emitido sob o nº 5.149.265.

Considerando que a pesquisa foi realizada em serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), foram seguidos os dispostos na Resolução do CNS nº 580/2018 e, em conformidade com o artigo 9º desta, ao término da pesquisa, os resultados serão apresentados à instituição coparticipante. Ainda, em relação à referida Resolução, foram adotadas as devidas providências para que os procedimentos de coleta de dados realizados na instituição não interferissem na rotina do serviço e nas atividades profissionais dos trabalhadores deste, conforme disposto nos artigos 5º e 6º, de modo que a pesquisadora realizou a coleta de dados em uma sala disponível do serviço que não seria utilizada para atendimentos durante o período, acordando previamente com a coordenação e equipe.

Ainda em relação à ida da pesquisadora ao serviço para coleta de dados, houve o cumprimento rigoroso do Plano de Contingência, Normas, Protocolos e Orientações de Segurança Sanitária da UEL, observando-se as orientações e fluxos a serem seguidos pela Comunidade Universitária no momento de pandemia, previstos nas Resoluções SESA n° 632/2020, de 05/05/2020, e n° 0098/2021, de 03/02/2021, e suas alterações. Desta forma, foi garantido o uso de máscaras adequadas durante toda a permanência no serviço, bem como distanciamento físico entre pesquisadora e demais presentes no ambiente, uso de álcool em gel e desenvolvimento das atividades de coleta de dados em espaço que garantisse a livre circulação de ar.

Sobre os possíveis riscos implicados na presente pesquisa, um deles diz respeito à possibilidade de danos imateriais relacionados a uma identificação da amostra, com prejuízos ao imperativo da garantia de sigilo e confidencialidade em relação aos pacientes e à privacidade destes. Esse risco foi prevenido através da supressão dos dados de identificação da amostra e do próprio serviço, bem como com a omissão de informações que não fossem relevantes para o estudo.

Os possíveis benefícios, por outro lado, foram avaliados quanto às possibilidades de organização dos processos de trabalho, gestão de casos e funcionamento dos serviços de atenção psicossocial infantojuvenil, implicando, portanto, em resultados oportunos, tanto para os usuários, quanto para os trabalhadores desses serviços. Dessa maneira, é esperado que os benefícios deste estudo retornem à população estudada através da possibilidade de se colocar em pauta outros caminhos para o cuidado à saúde mental do público infantojuvenil para além da internação psiquiátrica, uma vez que, compreendendo-se os motivos implicados no ato deste encaminhamento, outros percursos poderão ser traçados. Sendo assim, no cotidiano dos serviços, a população estudada poderá se beneficiar de tecnologias de cuidado menos invasivas e em consonância com seus direitos fundamentais.

Foi definido que a presente pesquisa seria suspensa caso houvesse quaisquer ameaças de prejuízos às partes envolvidas. Ao se constatar a ameaça em questão, seriam desenvolvidas estratégias para que os prejuízos fossem evitados, a partir de discussões com os envolvidos. Em caso de

impossibilidade de manejar tais adversidades, optar-se-ia pelo encerramento da pesquisa. Tais medidas, contudo, não foram necessárias, vez que não houve ameaça de prejuízo no desenvolvimento do estudo.

Entende-se que a delimitação de dois casos de características marcantes (quantidade de significativa de encaminhamentos para internação psiquiátrica) e ao mesmo tempo, abrangentes (características distintas como sexo, idade e diagnóstico nos dois casos), permite que o problema seja abordado de forma completa e aprofundada. Se por um lado, a adoção da quantidade de encaminhamentos para internação psiquiátrica como critério pode caracterizar esses casos como "casos-limite", a discussão dos resultados obtidos poderá demonstrar que "a linha entre a 'exceção à regra' e a 'exceção como regra' é muito tênue, como aponta Agamben (2010), quando o estado de exceção representa o paradigma de governo" (Oliveira & Lopes, 2019, p. 225). Para além de configurar casos-limite, as características mais marcantes desses casos evidenciam com maior facilidade a ocorrência de um processo mais geral que muitas vezes se desenvolve de maneira sutil, conforme será sustentado a partir da literatura da área na discussão dos resultados.

Em relação aos dados coletados, utilizou-se como estratégia metodológica o estudo de caso. De acordo com Gil (2008), o estudo de caso permite a compreensão de um problema complexo de maneira ampla e aprofundada e pode compor a estratégia de estudos exploratórios, descritivos ou explicativos. Os casos foram apresentados a partir de uma narrativa cronológica (Creswell, 2007), considerando a proposta de Martins (2022) de forjar narrativas infames. De acordo com a autora, as políticas de narratividade permitem "fazer reflexões críticas sobre a historiografia vigente, e são, portanto, uma forma de questionar histórias universalizantes" (Martins, 2022, p. 17). À medida que a autora propõe questionar "quais histórias as narrativas dominantes deixam de contar" e por qual motivo não as contam, propõe-se aqui evidenciar quais são essas narrativas dominantes e em que contexto são produzidas, de modo a tensionar a narratividade dos documentos oficiais. Busca-se, dessa forma, lançar um outro olhar sobre esses discursos, visando criar novas compreensões que possibilitem reformular a maneira como são narradas as histórias desses jovens.

Quanto à análise dos resultados, essa se trata de uma etapa metodológica desafiadora e de suma importância, sobretudo em pesquisas qualitativas (Moraes & Galiazzi, 2006). De acordo com Minayo (2001), as pesquisas qualitativas se propõem a investigar o que há de latente nos conteúdos manifestos. Isto implica, de acordo com a autora, em se debruçar sobre o que há de subjetivo nos dados coletados, explorando seus significados. Neste sentido, Turato (2005) afirma que se trata não de analisar uma ocorrência por si só, mas o significado desta, considerando que este adquire uma função estruturante, ou seja, a partir das representações e significados acerca de determinado evento, são estruturadas determinadas modalidades de relação. Conforme afirma Duarte (2004), uma maneira possível de analisar os dados coletados se dá através de categorias de análise, as quais podem ser definidas a partir de referenciais teórico-conceituais. Ressalta-se que categorizar implica um processo de ordenamento dos dados coletados (Campos & Turato, 2009), o que foi aqui realizado através da proposta de Gomes (2001) de decomposição seguida de síntese, nas quais os dados foram divididos conforme os analisadores definidos para que, em seguida, fosse possível unificá-los em uma síntese interpretativa.

Considerando a afirmação de Scisleski (2006) de que as escolhas metodológicas de uma pesquisa implicam um posicionamento ético-político de acordo com as bases epistêmicas e referenciais norteadores, os dados coletados na presente pesquisa tiveram como eixos dois analisadores: "a triade da institucionalização infantojuvenil na atualidade" e "a díade psi-jurídica no controle de trajetórias". No primeiro, buscou-se identificar os modos como se opera a institucionalização infantojuvenil na atenção psicossocial atualmente. No segundo, foram discutidos os saberes e poderes implicados nos processos de institucionalização identificados. Por fim, é promovida uma reflexão sobre as possibilidades de efetivação da atenção psicossocial infantojuvenil nesse cenário. O referencial teórico adotado para nortear as discussões envolveu a retomada de conceitos elaborados por Michel Foucault. Em relação ao tema da pesquisa, entende-se que as ferramentas foucaultianas viabilizam um caminho de compreensão possível. Isto porque, se a Reforma Psiquiátrica brasileira teve Foucault como um de seus impulsionadores, no momento de

crise em que essa se encontra, o retorno à Foucault pode constituir-se como possibilidade de fortalecê-la (Sander, 2010). Foram ainda resgatadas discussões empreendidas por teóricos da Reforma Psiquiátrica, como Franco Basaglia e Paulo Amarante, para possibilitar o aprofundamento da análise no contexto da atenção psicossocial. De maneira complementar, a obra de Erving Goffman (1961) também foi utilizada de modo a se proceder com uma caracterização inicial acerca dos processos de institucionalização.

Enfatiza-se que problematizar as questões relacionadas à efetivação da atenção psicossocial infantojuvenil na contemporaneidade não significa desmerecer os avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica até então ou menosprezar a importância das ações empreendidas cotidianamente pelos serviços de atenção psicossocial na perspectiva de consolidação dessa, mas, ao contrário, implica em uma tentativa de tornar esse processo ainda mais efetivo (Pinto & Ferreira, 2010).

4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE O TERRITÓRIO DE PESQUISA

O presente estudo se desenvolveu em um município de médio porte do noroeste do Paraná, região colonizada majoritariamente pela Companhia de Terras do Norte do Paraná (CTNP) (Rompatto, 2011). A CTNP teve início com a *Paraná Plantations*, empresa britânica voltada para a expansão do plantio de algodão e construção de ferrovias. O governo do Estado concedeu as terras à iniciativa privada que, por sua vez, seria responsável por colonizar a região e prolongar o sistema ferroviário da área (Szmrecsanyi, 2000). Trata-se de concessão que atendeu às necessidades do Estado de ocupação das terras de maneira ordenada e sem onerar os cofres públicos, que se encontravam em escassez de recursos (Cardoso, 2007). Desta forma, a *Paraná Plantations* funda a CTNP com o objetivo de vender lotes na região. Cerca de 20 anos depois, na década de 1940, com a ação nacionalista do governo Vargas, a CTNP é comprada por banqueiros paulistas e renomeada Companhia Melhoramentos Norte do Paraná (CMNP), expandindo suas atividades (Szmrecsanyi, 2000; Contardi & Endlich, 2018).

De acordo com Contardi e Endlich (2018), o “projeto de ocupação” da CTNP/CMNP foi pensado de forma regionalizada a partir de um sistema urbano hierarquizado, com pequenas cidades ao redor de cidades maiores que seriam “grandes núcleos”, dispostas a cada 100 km, aproximadamente. A presente pesquisa foi desenvolvida em uma dessas cidades projetadas “para que se tornassem metrópoles modelares” (Rego & Meneguetti, 2006, p. 95).

Este “projeto de ocupação”, contudo, de acordo com Cardoso (2007) seria melhor denominado como uma “re-ocupação”. A autora explica que o termo “ocupação” pressupõe se tratar de uma área que estava vazia, o que não era o caso. Conforme aponta Rompatto (2011), tais áreas eram, à época da colonização, ocupadas por populações indígenas e caboclas, o que foi encoberto pelos colonizadores em suas publicações oficiais, a partir de um discurso de pioneirismo que legitimasse sua posse dessas terras. “A notícia da presença indígena na região poderia afastar os compradores. Não raro eram então ‘abafadas’ pelas autoridades e pelas colonizadoras que tratavam de ‘limpar’ a região” (Cardoso, 2007, p. 9).

Neste sentido, a “limpeza” promovida pela colonização que Cardoso (2007) menciona, consiste numa ação alinhada aos ideários que fundamentam o projeto em questão. De acordo com Rego e Meneguetti (2006), a CMNP, especialmente no que se refere ao município de desenvolvimento desta pesquisa, fundamentou-se nos princípios formais da cidade-jardim inglesa para proceder com o projeto e construção das cidades planejadas em seus mínimos detalhes. Segundo os autores, sob este aspecto, o projeto consistia no resgate das qualidades de cidades antigas (em especial, os benefícios da vida no campo) aliado a uma proposta de modernização e inovação, o que sugere a presença de certo conservadorismo somado à proposta de uma modernização capitalista (Rego & Meneguetti, 2006). Tais influências podem ser observadas em documento institucional da empresa colonizadora, que conta com um pronunciamento do diretor gerente se referindo ao golpe militar ocorrido no Brasil como “Revolução de 1964” e traz diversas menções enobrecedoras ao capitalismo e liberalismo econômico (CMNP, 2013, p. 161).

Portella (2014), ao discorrer sobre as utopias de cidades ideais, menciona que estas emergem a partir de críticas às práticas e políticas vigentes, bem como às condições de vida das classes sociais menos favorecidas. Neste contexto, a proposta de cidades-jardins, caracterizada por um planejamento regionalizado, surge como uma possibilidade de reconstrução da sociedade capitalista e solução do caos urbano decorrente do processo de industrialização. Seria, portanto, um projeto de estruturação das cidades que garantiria a plena ocupação dos operários em condições dignas e harmoniosas, privilegiando a natureza e a cooperação. Esse cunho socializante, contudo, na colonização da região noroeste do Paraná, foi substituído por uma lógica empresarial (Szmrecsanyi, 2000). Com a disseminação da proposta de cidade-jardim, os ideais utópicos foram abandonados, mantendo-se apenas a preocupação estética. Seus fundamentos "sucumbiram ao capitalismo agressivo, que se sobrepôs à qualidade de vida do trabalhador, sendo considerados relevantes apenas os lucros monetários e os interesses de uma classe dominante" (Portella, 2014, p. 56).

No Brasil, a proposta de cidades-jardins encontra ressonâncias com o movimento higienista, resultando na medicalização do planejamento urbano. Consistiu, portanto, em um "poderoso instrumento para a construção de cidades salubres e belas" (Eduardo, Angela, Dantas & Andrade, 2005, p. 5). Dessa forma, da proposta de cidades-jardins, prevaleceu a distribuição espacial pautada no esquadrinhamento com forte influência higienista para a construção de cidades saudáveis, funcionais e agradáveis (Eduardo et al., 2005; Portella, 2014). Em relação ao município de interesse para o presente estudo, observa-se de maneira ainda mais acentuada a prevalência de um juízo estético para planejamento e construção da cidade, com padrões de vida e de comportamento preestabelecidos a partir de uma proposta higienista de ocupação do espaço urbano (Eduardo et al., 2005; Rego & Meneguetti, 2006; Portella, 2014).

Uma vez que o empreendimento da CMNP era pautado pelo capitalismo e visava nitidamente o lucro, a terra era compreendida como mercadoria a ser incluída na lógica produtivista e utilitarista (Cardoso, 2007; Nunes, 2017). Nesta perspectiva, dificilmente a preocupação social da proposta de cidades-jardins prevaleceria. Em certa medida, este aspecto pôde ser verificado no incentivo à

aquisição de lotes por pequenos produtores por meio de um sistema de créditos e de parcelamento, o qual gerou consideráveis endividamentos (Szmrecsanyi, 2000). “A venda de terras em pequenos lotes não evitou, no entanto, a formação de latifúndios” (Cardoso, 2007, p. 13). Não havendo limitação na possibilidade de aquisição de vários lotes por um mesmo comprador, a formação de elites na região se iniciou cedo, inclusive com grandes fazendeiros adquirindo terras dos pequenos produtores que, endividados, as vendiam por preços baixos. Ainda assim, o discurso mantido pela CMNP é da realização de uma reforma agrária (Szmrecsanyi, 2000; Cardoso, 2007; Nunes, 2017).

Diante do exposto, importa considerar as bases em que se alicerçam a fundação do município em que se encontra o serviço do presente estudo. Investida de pressupostos capitalistas e higienistas, a cidade se organizou pela propagação de ideais de utilidade, performance, trabalho, beleza e prosperidade. Cabe considerar, no desenvolvimento desta pesquisa, o quanto dessas origens permanecem impregnadas no imaginário social e interferem no desenvolvimento da atenção psicossocial local.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTUDADO

O CAPSi no qual foi realizado o presente estudo foi cadastrado na base de dados do Ministério da Saúde ao final do mês de outubro de 2014, porém, só foi formalmente habilitado por portaria ministerial em meados de agosto de 2017. Os arquivos documentais encontrados no serviço estudado, em que constam autos processuais e documentos institucionais, permitem compreender melhor essa trajetória.

Inicialmente, é preciso contextualizar que a Portaria 3.088/2011 previa como critério populacional para implantação de CAPS na modalidade Infantojuvenil o quantitativo mínimo de 150 mil habitantes. Desta forma, o município aqui estudado, não atingia tal critério e contava apenas com um CAPS I para atendimento de toda a população. Com a republicação da Portaria 3.088/2011 no Diário Oficial da União nº 96 em 21/05/2013, esse critério populacional reduziu para 70 mil

habitantes, habilitando o município a pleitear a implantação de um CAPSi. A partir disto, já no último semestre de 2013, o Ministério Público da comarca, junto a um movimento popular composto por professores, conselheiros tutelares e demais profissionais da rede de proteção à infância e adolescência, deu início a tratativas extrajudiciais com a prefeitura e câmara de vereadores para implantação do serviço, propondo a aprovação de previsão orçamentária para tanto.

Ficou acordado que, inicialmente, o serviço seria ofertado na estrutura física do CAPS I, em horário diferente do atendimento de usuários adultos. Este funcionamento teve início em setembro de 2014, contudo, houve conhecimento do Ministério Público de sua interrupção em julho de 2015.

Diante disto, em 2015 o Ministério Público da comarca ingressou com uma ação civil pública contra o município para a implementação de um CAPSi ou serviço público equivalente. Consta nos autos da referida ação uma determinação datada de 29 de setembro de 2015 para que, em um prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da notificação, houvesse a reinstalação/implementação do CAPSi, devendo contar com sede própria, médico neurologista ou psiquiatra e equipe multidisciplinar exclusiva conforme a Portaria 3.088/2011, sob pena de fixação de multa diária, no valor de R$ 5.000,00 (cinco mil reais), em prol do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente do município, pelo não cumprimento das medidas. Foi ainda determinado ao poder executivo que se procedesse com reserva no orçamento público para o ano de 2016 do valor de um milhão de reais para custeio exclusivo das atividades do CAPSi para o próximo exercício. O município tentou recorrer, contudo, a decisão foi mantida. Sendo assim, as atividades do CAPSi tiveram início, em sede própria e com equipe específica, no primeiro semestre de 2016.

Atualmente, o CAPSi conta com um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, três psicólogos, um assistente social, um terapeuta ocupacional, dois psicopedagogos, um educador físico e um médico psiquiatra, além de coordenador do serviço, enfermeiro de formação. Dentre as atividades desenvolvidas, descritas em uma cartilha municipal de 2019, constam: acolhida inicial, triagem, atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, grupo de familiares, atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), busca ativa, promoção de

contratualidade no território, visitas domiciliares, festas e passeios integrativos com os usuários, articulação com a rede, gestão dos processos de trabalho, reunião de equipe, assembleias de usuários, familiares e trabalhadores, reunião de rede, apoio matricial aos outros pontos de atenção da RAPS, acolhimento diurno, ações de redução de danos e capacitação e educação permanente de outras equipes da RAPS.

Já em material gráfico produzido no ano de 2021, constam como serviços desenvolvidos no CAPS: atendimento médico individual, atendimento psicológico individual, atendimento familiar, atendimento multiprofissional, atividades comunitárias, grupo de orientação para os familiares, grupos psicoterapêuticos, oficinas terapêuticas, orientação em situação de crise e visitas domiciliares. O referido material conta ainda com as seções: "o que é saúde mental?", que traz uma definição da OMS sobre o termo; "o que é o CAPS?", que define o serviço como instituição destinada a pacientes com transtornos mentais graves e persistentes com foco na integração social e familiar, resgatando seu papel de serviço substitutivo; "tratamento", seção na qual se afirma que cada transtorno mental possui um tratamento específico e discorre sobre o tratamento em CAPS e em outros pontos da RAPS, como UBS, ambulatório, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos e finaliza com um trecho no qual consta que é "importante ressaltar que o portador de transtorno mental e sua família devem seguir tudo o que for recomendado pela equipe técnica para o seu tratamento"; a seção "uso de remédios", que dispõe sobre a importância do uso das medicações prescritas e orientações correlatas, finalizando com o alerta de que "se o tratamento não for seguido de forma correta, há uma grande chance de piora no quadro do paciente, podendo até ocasionar em crises ou surtos"; a seção sobre "como identificar e o que fazer no momento de crise?", que trata sobre sinais de crise e manejo, bem como orientações sobre levar o indivíduo até a Unidade de Pronto Atendimento ou acionar o SAMU; "internamento", seção na qual se discorre brevemente sobre as modalidades de internamento, ressaltando se tratar do último recurso a ser adotado e enfatizando a função do CAPS de evitar internações; e duas seções finais que tratam sobre o papel da família e dispõe sobre orientações aos familiares.

Em protocolo do serviço acerca dos encaminhamentos para internação psiquiátrica, consta um fluxograma que dispõe que, a partir da solicitação de internação, a família assina um termo de responsabilidade de conduzir o paciente para a unidade de pronto atendimento, caso o paciente não apresente resistências, ou acionar o SAMU caso necessite suporte profissional para remoção. A partir de então, o paciente é conduzido para uma porta de entrada de rede de urgência (UPA ou hospital geral), cadastrado na Central Estadual de Regulação de Leitos Psiquiátricos e aguarda liberação de vaga.

A Central Estadual de Regulação atua em relação a todo o Estado do Paraná, exceto pelo município de Curitiba, que possui regulação própria. Seu funcionamento se dá a partir da inserção de solicitação de leito para o usuário encaminhado para internação psiquiátrica, que pode se dar pelo próprio serviço, ou por um ponto de apoio (estabelecimento de saúde capacitado para utilização da central). No caso do CAPSi estudado, por funcionar apenas em horário comercial, possui como ponto de apoio os hospitais gerais do município e a Unidade de Pronto Atendimento municipal. Após cadastrado, o usuário é regulado pela Central conforme avaliação da gravidade do caso a partir dos dados informados no registro, "devido à demanda pelo internamento psiquiátrico ser eventualmente superior à capacidade instalada da rede" (Paraná, 2014, p. 11). Dessa forma, as internações são autorizadas conforme a disponibilidade de leitos nos hospitais psiquiátricos prestadores do estado, conforme a gravidade do caso, priorizando-se sempre que possível a proximidade com o município de residência. Conforme pontua a Norma Geral de Regulação do Fluxo Assistencial Hospitalar em Saúde Mental (Paraná, 2014, pp. 14-15)

> Casos com necessidade de internamento sem possibilidade de encaminhamento imediato para internação em virtude de falta de leito disponível devem permanecer sob os cuidados da unidade solicitante do leito.
>
> Até a disponibilização do leito de internamento em Saúde Mental integral, o estabelecimento solicitante do leito deve manter o usuário em leito de observação 24 horas, ou, se não dispuser deste recurso, encaminhá-lo para outro ponto de atenção à saúde no município, para que o

mesmo seja assistido em suas necessidades. Caso o solicitante considere que há possibilidade de cuidar e monitorar esse usuário em seu local de moradia, o mesmo deve se responsabilizar pela atualização diária de quadro clínico e pelo referido contato e encaminhamento para internação no momento em que houver a disponibilização do leito.

Conforme poderá ser observado na apresentação dos casos, as particularidades desse fluxo regulatório impõem alguns desafios aos serviços territoriais quanto a efetivação dos encaminhamentos para internação psiquiátrica, sobretudo no que diz respeito à demora para disponibilização de leito psiquiátrico, somada à ausência de pontos de atenção qualificados para situações de crise em saúde mental com funcionamento 24 horas no município.

5. APRESENTAÇÃO DOS CASOS: TRAÇANDO ROTAS QUE LEVAM A UM MESMO DESTINO

> Faz alguns dias, falei com minhas filhas sobre Valério e a Seção 14... Permaneceram atentas, interessadas, emocionadas. Entendi que, desse modo, conseguia explicar tantas coisas da vida sem recorrer a palavras complicadas. Entendi que tinha tido o privilégio de viver experiências de transformação e que elas acabaram me enriquecendo... Refletia que cada um de nós, à sua maneira, é um Valério, amarrado, cego, oprimido e que necessita encontrar, por meio da transformação dos outros, a própria liberdade... (Venturini, 2016, p. 29)

No presente capítulo serão abordadas as histórias assistenciais dos dois casos selecionados. Na reconstituição desses percursos, foram observados aspectos comuns em relação aos dois casos em questão: tratam-se de dois casos judicializados e cuja judicialização decorreu de intervenções do próprio CAPSi – no primeiro caso apresentado, a partir da solicitação do serviço para internação psiquiátrica compulsória do adolescente e, no segundo, a partir de uma comunicação de violência física intrafamiliar ao Conselho Tutelar. Ademais, ambos os casos, além de internação psiquiátrica, contam com histórico de encaminhamento para outras duas instituições: serviço de acolhimento institucional e centro socioeducativo. Apesar do critério de seleção incluir a atribuição de diagnósticos distintos para os casos selecionados, foi observado que em determinado momento da assistência prestada, acaba por ocorrer a atribuição de diagnósticos que coincidem, relacionados a um possível quadro de deficiência intelectual.

Cabe ressaltar que, de modo a garantir o sigilo, todos os nomes utilizados são fictícios e foram atribuídos aleatoriamente. Do mesmo modo, alguns dados e acontecimentos foram omitidos e/ou alterados nos relatos de modo a preservar a identidade dos envolvidos, contudo, sem que houvesse prejuízo para a análise efetuada na sequência.

5.1 O PERCURSO DE VALÉRIO

Valério, atualmente com 17 anos e 8 meses aproximadamente, é acompanhado pelo CAPSi há quatro anos, desde janeiro de 2018, quando tinha 13 anos. Quarto filho de Dolores, possui duas irmãs mais velhas (Daniela e Gabriela), um irmão mais velho (Vitório) e duas irmãs mais novas, Valquíria, de idade aproximada a sua, e Camila, com cerca de 2 anos. Reside com suas irmãs Daniela e Camila e sua mãe Dolores. Seu sobrinho, filho de Daniela, também residia com a família, porém, passou a residir em outro município com a família paterna após determinação judicial. A irmã Gabriela passa alguns períodos na residência da família, com seus três filhos, mas sua residência fixa é em outro município. O irmão Vitório e o pai de Valério, durante a maior parte do período analisado (de 2017 a 2022), se encontravam detidos. A irmã de Valério, chamada Valquíria, foi acolhida institucionalmente na infância, por volta dos seis anos de idade, com Valério. À época, ambos foram adotados, porém, Valério foi devolvido e retornou à família de origem. Após esse episódio, nenhum familiar teve contato com Valquíria ou notícias da mesma.

Valério se mudou de um município próximo por volta do mês de novembro de 2017. Seu primeiro atendimento no SUS municipal foi a administração de um medicamento na Unidade Básica de Saúde. Foi encaminhado ao CAPSi pelo serviço de saúde mental do município onde residia anteriormente, a partir de declaração datada de novembro de 2017, em que consta que o ele fazia tratamento psiquiátrico e psicológico clínico a pedido do Ministério Público naquela unidade, que deveriam ter continuidade no novo município de residência. Diante do encaminhamento, teve atendimento inicial agendado para o dia 12/12/2017, porém, não houve comparecimento. O primeiro atendimento no CAPSi foi realizado então no dia 17/01/2018, sendo levantadas as demandas e o histórico de Valério. A conduta adotada a partir do acolhimento inicial foi de agendamento de consulta médica no CAPSi, que ocorreu em 23/01/2018. Na ocasião, compareceu apenas a mãe, que relatou um episódio de convulsão por volta dos quatro anos e diagnóstico prévio de esquizofrenia, com queixas de agressividade e impulsividade. De acordo com Dolores, a família se mudou para o município diante de ameaças de morte que Valério sofria no município onde residiam devido a

comportamento sexualmente inadequado (comportamento este não detalhado no registro em prontuário desse atendimento). Dolores fez menções a situações relacionadas a esse tipo de comportamento em alguns momentos durante o início do acompanhamento (cujas descrições se resumem ao relato de que Valério teria “mexido” com alguma criança mais nova), porém, não constam registros de aspectos como esses observados pela equipe e, após alguns meses de acompanhamento, não houve novas queixas nesse sentido.

Durante o período analisado, Valério recebeu diversos diagnósticos por diferentes profissionais médicos psiquiatras. O primeiro que o atendeu no serviço, registrou uma hipótese diagnóstica inicial correspondente à CID-10 F06.9 – “Transtorno mental não especificado devido a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física”. Posteriormente, foram registrados os diagnósticos de “esquizofrenia” (CID-10 F20.9) e “transtorno de conduta não socializado” (CID-10 F91.1), os quais constavam no primeiro encaminhamento para internação psiquiátrica. Ao retornar da internação, Valério passou a ser atendido por outro profissional, que manteve o diagnóstico de esquizofrenia em seus registros, associada a um novo diagnóstico, de “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas” (CID-10 F19), os quais também constavam em laudo para nova internação. Em seguida, em atendimento com novo profissional no serviço, o diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias foi mantido em associação ao diagnóstico de deficiência intelectual (F70.1), ambos constando em novas solicitações de internação psiquiátrica emitidas pelo serviço. Por fim, após outra troca do profissional de psiquiatria, esses dois últimos diagnósticos foram mantidos.

A primeira solicitação para internação psiquiátrica ocorreu no início do mês de março de 2018, cerca de um mês e meio após o início do acompanhamento. Entre os registros de atendimento dentro desse período de tempo, constam um contato telefônico para busca ativa, outra consulta médica na qual Valério compareceu pela primeira vez ao serviço e uma visita domiciliar, sendo que nestes dois últimos atendimentos foi apresentada queixa de agressividade. O encaminhamento médico para internação descrevia “evolução desfavorável, sem adesão às propostas terapêuticas, com

comportamento de risco, agressividade intensa, inclusive com conotação sexual, ameaças e outros desvios de conduta graves", justificando o encaminhamento "devido à presença de transtornos psiquiátricos associados aos riscos de perda da integridade e insucesso na tentativa de tratamento", sendo necessária a internação e "tratamento em regime integral a fim de preservar a vida do paciente e de terceiros" (excertos do laudo médico do CAPSi para internação psiquiátrica). Após o encaminhamento para internação emitido pelo serviço no início do mês de março de 2018, foi enviado ofício ao Ministério Público para sua efetivação, pois havia dificuldade de manter Valério no hospital geral ou na Unidade de Pronto Atendimento aguardando vaga para hospital psiquiátrico (o que também ocorreu em ocasiões futuras). Dessa forma, o caso foi judicializado e determinada a internação compulsória, que ocorreu em meados do mês de março de 2018. A alta da internação ocorreu após cerca de oito meses de sua efetivação, ao final do mês de novembro de 2018. A alta médica já estava estabelecida ao final do mês de outubro, contudo, por se tratar de internação compulsória, foi necessário aguardar a autorização judicial, que ocorreu em meados de novembro. As queixas relacionadas ao uso abusivo de substâncias psicoativas surgiram após essa primeira internação.

Após a alta hospitalar, Valério passou a apresentar diversos episódios em que permanecia fora de sua residência, indo para um município localizado há cerca de 80 km de sua casa, no qual também tinha familiares. Contudo, permanecia nas ruas, e a família não tinha informações de sua localização. Durante este período, Dolores mantinha contato com o serviço para atualizações sobre seu filho e orientações. Diante desse cenário, cerca de um mês e meio após a alta de sua primeira internação psiquiátrica foi emitido novo encaminhamento pelo serviço, no início de janeiro de 2019. Em consulta médica em que compareceu apenas Dolores, foi procedida com a solicitação de internação psiquiátrica, constando a descrição de situação de risco, exposição sexual e uso de drogas. Em seguida, Valério foi localizado, contudo, não foi encaminhado para internação de imediato, motivo pelo qual o CAPSi solicitou intervenção do Conselho Tutelar.

Dolores relatava dificuldades em permanecer com seu filho no Pronto Atendimento municipal aguardando vaga para hospital psiquiátrico, pois tinha uma filha ainda bebê para cuidar. Após articulação junto ao Conselho Tutelar, Valério foi encaminhado ao hospital geral e passou alguns dias aguardando disponibilização de leito para internação em hospital psiquiátrico, contudo, essa não foi efetivada, devido às dificuldades de Dolores permanecer no hospital geral junto ao seu filho. Em registro no prontuário, o CAPSi informa contato com o Ministério Público para solicitar intervenção.

Após evasão do hospital geral, passou por nova consulta médica ao final de janeiro de 2019, apresentando melhora do quadro. Chegou a comparecer em alguns atendimentos no CAPSi nos dias que se seguiram, contudo, ainda permanecia fora de casa, deslocando-se para outro município, e apresentou dois episódios de crise, sendo novamente levado ao hospital geral pelo SAMU. No último episódio, em meados de fevereiro de 2019, o Conselho Tutelar solicitou a presença dos profissionais do CAPSi no serviço hospitalar, sendo combinado entre esses dois dispositivos a realização de consulta para avaliação psiquiátrica no CAPSi. Ao comparecer para a consulta, Valério estava choroso, irritado, relatando não querer voltar para casa devido a conflitos familiares. Na ocasião, novo encaminhamento para internação psiquiátrica foi emitido pelo serviço, a partir de um laudo descrevendo comportamento de risco, poliuso de drogas, irritabilidade, delírios e alucinações. A internação foi efetivada em seguida, cuja duração foi de cerca de um mês.

Valério foi atendido pelo CAPSi no dia seguinte a sua alta hospitalar, ao final de março de 2019, sendo estabelecido plano terapêutico e articulação com a educação para retorno aos estudos. Houve, contudo, dificuldades nesse sentido, com relatos de resistência por parte do colégio em efetivar a matrícula de Valério, devido ao histórico de internamento psiquiátrico e da defasagem idade/série. O comparecimento aos atendimentos também esteve prejudicado. Com frequência, a mãe procurou o CAPSi relatando situação de risco e permanência de Valério fora de casa. Em meados de abril, Valério foi localizado na residência de um homem mais velho, encaminhado ao hospital geral e, em seguida, para consulta médica no CAPSi. Desta consulta, resultou nova solicitação de internamento psiquiátrico “devido a risco pessoal e falha no tratamento ambulatorial” (excerto do

laudo médico do CAPSi). Valério permaneceu por dois dias na unidade de pronto atendimento municipal aguardando vaga para hospital psiquiátrico, porém, se evadiu. Dois dias depois, foi novamente encaminhado à unidade de pronto atendimento para proceder com o internamento. Por dias, houve evasão e retorno ao serviço de pronto atendimento com articulação dos órgãos da rede de proteção (CREAS, Conselho Tutelar e CAPSi). Inclusive, foi realizado acordo para monitoramento de Valério em sua residência pelos profissionais de saúde e da rede ampliada, uma vez que as evasões colocavam sua integridade física em risco (o mesmo havia se machucado ao pular a janela da unidade de pronto atendimento). Contudo, Valério acabou indo para outro município, onde permaneceu desaparecido por cerca de 20 dias.

Em meados de maio de 2019, Dolores informou que havia localizado seu filho, que o mesmo havia sido agredido e queria voltar para casa. Foi realizada articulação com a assistência social do município para seu retorno. Após dez dias, compareceu à consulta médica apresentando melhora. Permaneceu frequentando com regularidade os atendimentos do CAPSi por cerca de dois meses, quando passou a apresentar sinais de agitação, episódios de furto e relatos de alucinações. Em meados de julho de 2019, é solicitada nova internação psiquiátrica, devido à "falha ao tratamento ambulatorial, risco pessoal à integridade física" e necessidade de "ajuste medicamentoso em ambiente protegido" (excerto do laudo médico do CAPSi). Tal solicitação, contudo, não foi efetivada.

O CAPSi permaneceu atendendo Valério, intensificando seu acompanhamento, de modo que são registrados em prontuário relatos de melhora nesse período. O serviço de saúde promoveu articulações intersetoriais (com serviços de outras políticas públicas, como a educação), acompanhando Valério para providenciar documentação escolar e efetivação de matrícula. Articulou ainda o transporte para seu comparecimento às aulas e manteve contato com o colégio para informações sobre sua frequência. Tal situação foi mantida por um mês, porém, em meados de agosto de 2019, Valério passou a apresentar faltas na escola e nos atendimentos do CAPSi, a mãe trouxe relatos de agressividade, atos infracionais e uso de substâncias psicoativas, possivelmente crack. O registro de atendimento com o adolescente descreve agitação e persecutoriedade. Foi realizada nova

solicitação de internação psiquiátrica, porém, não efetivada. Dessa forma, o CAPSi continuou acompanhando, prestando atendimento quando Valério comparecia ao serviço e realizando busca ativa.

Em setembro de 2019, Valério foi encontrado em outro município pelo Conselho Tutelar, em situação de rua, e levado até a Unidade de Pronto Atendimento de seu município de residência. Após atendimento, o adolescente foi encaminhado para acolhimento institucional. Permaneceu acolhido por cerca de dois dias. De acordo com o registro, estava tranquilo, gostando do acolhimento, porém, relatando dificuldades em seguir regras, sobretudo quanto à proibição de usar cigarro branco. Após dois dias de acolhimento, evadiu-se da instituição e retornou à residência familiar.

De setembro a dezembro e 2019 os registros de atendimento descrevem estabilidade, alternando com alguns períodos de agitação e ida para municípios vizinhos. Valério procura com frequência o CAPSi espontaneamente, demonstrando bom vínculo com os profissionais.

Em janeiro de 2020, Valério foi apreendido por tentativa de furto e, após situação de crise, encaminhado pelo SAMU ao hospital geral. O plantonista do hospital solicitou internação psiquiátrica. Novamente, evadiu-se do hospital enquanto aguardava liberação de vaga em hospital psiquiátrico. Ao ser encontrado, foi novamente encaminhado ao hospital geral. CAPSi e hospital geral fizeram contato com Ministério Público devido às dificuldades na obtenção da vaga para hospital especializado. Ao final de janeiro, enquanto estava no hospital geral, foi expedida determinação de internamento em CENSE[7], devido a um ato infracional anterior de Valério, caracterizado nos autos processuais como "furto qualificado". O adolescente permaneceu no CENSE por cerca de dois dias e, após audiência, foi liberado e retornou ao hospital geral. Em seguida, foi encaminhado para internação psiquiátrica, na qual permaneceu por cerca de seis meses. Os profissionais do CAPSi mantiveram contato telefônico com Valério durante a internação para manutenção do vínculo. Ainda foi mantido contato com sua mãe, Dolores, para orientações gerais. Valério recebeu alta no início de

[7] CENSE (Centro de Socioeducação) é o nome dado às instituições do Estado do Paraná onde são executadas as medidas socioeducativas de privação de liberdade.

julho e foi atendido no CAPSi aproximadamente 10 dias depois. Foi estabelecida uma agenda de atendimentos semanais e, apesar dos registros documentais demonstrarem o não comparecimento de Valério nos atendimentos agendados, o mesmo procurava o serviço com frequência, em horários diversos, para conversar com a equipe e receber atendimento.

Os relatos de agressividade no ambiente familiar, uso de substâncias e saída da residência por dias, permaneceram durante o mês de agosto de 2020. Após discussão com a equipe, ao final de agosto de 2020, o profissional de psiquiatria do CAPSi solicitou nova internação psiquiátrica, discorrendo que "o paciente apresenta risco para si e para os outros. Foram tentadas medidas alternativas, no entanto, não houve adesão ao tratamento proposto" (excerto do laudo médico do CAPSi). Apesar de ser encaminhado para a unidade de pronto atendimento para efetivar a internação, houve novamente evasão do serviço e Valério passou alguns dias desaparecido. Posteriormente, compareceu ao CAPSi espontaneamente apresentando melhora.

No início de setembro, apresentou crise em sua residência e foi levado à unidade de pronto atendimento pelo SAMU, com a solicitação anterior de internação psiquiátrica. Novamente, evadiu-se da unidade e permaneceu desaparecido por alguns dias. Nova solicitação de internação psiquiátrica foi realizada pelo CAPSi e fornecidas orientações à mãe. Alguns dias depois, Valério voltou para a sua casa e passou a frequentar o serviço espontaneamente. Os registros descrevem aparência emagrecida e higiene insatisfatória, sendo ofertado banho e alimentação no CAPSi. Em meados de setembro, foi novamente encaminhado pelo SAMU à unidade de pronto atendimento. Nesse período, após informações do CREAS ao poder judiciário, foi expedida internação compulsória. Dessa forma, Valério foi encaminhado para internação psiquiátrica em seguida. Permaneceu internado por cerca de um mês e meio. Obteve alta médica ao final de outubro e autorização judicial no início de novembro. Durante essa internação, a família recebeu acompanhamento apenas da atenção primária à saúde, com visitas semanais dos agentes comunitários de saúde. O registro de alta hospitalar descreve que "o paciente evolui desintoxicado, calmo, sem fissuras, com estabilidade do quadro. Calmo, adequado e colaborativo" (excerto do relatório de alta hospitalar). Desse momento até o final do ano de 2020,

Valério foi atendido no CAPSi com algumas consultas médicas, visitas domiciliares esporádicas e um atendimento de orientação à mãe, sobretudo quanto ao uso da medicação.

No início de 2021, reaparecem queixas de permanência fora de casa, em situação de rua. Valério procura o serviço algumas vezes, espontaneamente, relatando estar com saudades dos profissionais, apresentando aparência emagrecida, higiene insatisfatória e afirmando estar com fome. As queixas foram se intensificando e, ao final de fevereiro de 2021, nova solicitação de internação psiquiátrica foi emitida pelo serviço. O encaminhamento médico descreve "uso abusivo de drogas (maconha e crack), abandono do tratamento, não está tomando as medicações. Está se colocando em risco, foge de casa várias vezes. Após última fuga, foi encontrado em outra cidade (há menos de uma semana). Ontem levou um andarilho para dormir em casa sem o conhecimento da mãe, pondo em risco ela e a filha" (excerto do laudo médico do CAPSi). O documento estava com a data da última solicitação, ocorrida em setembro de 2020, sendo alterada posteriormente. Nessa ocasião, a família optou por não dar prosseguimento à solicitação de internamento.

O CAPSi permaneceu acompanhando Valério, que comparecia ao serviço periodicamente, de forma espontânea. Ao final de agosto de 2021, Valério passou a apresentar alucinações auditivas. Dolores, sua mãe, fez contato com o CAPSi, que orientou levá-lo à unidade de pronto atendimento municipal. No período de uma semana, houve dois comparecimentos à unidade de pronto atendimento com essa mesma queixa. Não constam registros de atendimento pelo CAPSi nesse período.

Observa-se uma lacuna, sem registros de atendimentos pelo CAPSi, entre os meses de agosto e dezembro de 2021, a não ser por um registro de visita domiciliar no início de setembro. Em outubro, consta registro de impossibilidade de comparecimento à consulta médica devido ao fato de estar com o pé quebrado, sendo renovadas as receitas médicas. Valério volta a ser atendido em janeiro de 2022, em consulta médica, na qual relata queixas de ansiedade. Não há registros de novos atendimentos até meados de março de 2022, quando é solicitada nova internação psiquiátrica.

Neste momento, Valério apresenta comportamento diferente em comparação às solicitações de internação psiquiátrica anteriores. Comparece ao serviço relatando recaída do uso de crack e

manifestando desejo de ser internado. Os registros anteriores demonstram certo nível de resistência e discordância com as solicitações de internação, inclusive com dificuldades para sua efetivação devido a diversas evasões do hospital geral ou unidade de pronto atendimento, o que não é verificado no momento. Ao contrário, Valério agora pede para que seja internado. No momento de conclusão da coleta de dados para a presente pesquisa, Valério estava, portanto, sendo encaminhado para sua 5ª internação psiquiátrica, aos 17 anos de idade.

Algumas questões chamaram a atenção durante a coleta de dados relativas ao caso de Valério. Por diversas vezes, o caso de Valério foi discutido com a presença de diversos órgãos: Conselho Tutelar, CREAS, CAPSi, Atenção Primária em Saúde, órgãos gestores da saúde e assistência social, Ministério Público, Judiciário, entre outros. Observa-se, neste sentido, uma rede ampliada e, em certa medida, articulada nas trocas de informação, porém, com pouca mobilização para ação. A complexidade do caso em questão aponta para a necessidade de corresponsabilização da rede ampliada, contudo, o que se verifica, é a opção pela internação como resposta às dificuldades que carecem de uma mobilização mais ampla, havendo, então, um protagonismo quase que exclusivo do CAPSi nesse sentido. Neste ponto, é possível verificar ainda uma necessidade de que o CAPSi venha a desmedicalizar suas práticas, considerando as constantes menções e preocupações relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso e a avaliação médica para internação, sendo muitas vezes a primeira opção diante das situações de crise. Ainda nesse sentido, observa-se que a definição de um técnico de referência, como pressupõe as normativas dos centros de atenção psicossocial citadas anteriormente nesse trabalho, auxiliaria o serviço nesse aspecto, considerando sua função de gerenciamento e articulação de um plano de cuidados diversificado e prevenindo períodos de desassistência que podem ocasionar agravamento do quadro. Nos registros documentais do serviço, contudo, não foi encontrado Projeto Terapêutico Singular atualizado e Técnico de Referência formalmente estabelecido para o caso estudado.

Ademais, alguns dados remetem ainda à doutrina da situação irregular, tais como: utilização do termo "menor" pelos profissionais nos registros documentais, a referência ao Conselho Tutelar

como um órgão "policialesco" para garantia da correta adesão às prescrições do serviço de saúde e a culpabilização da família, em especial da figura materna, em que pese suas possíveis limitações, com frequência procura o serviço espontaneamente em busca de auxílio e orientações, conforme constam nos registros em prontuário.

5.2 A JORNADA DE PERSÉFONE

Perséfone, filha de Jane, com quem reside junto aos seus irmãos e avós maternos, tem atualmente 16 anos de idade e é acompanhada pelo CAPSi há seis anos, desde 01/09/2016, quando tinha 10 anos de idade, aproximadamente. Os registros documentais de seu prontuário remetem, contudo, a uma história mais antiga. Seu primeiro encaminhamento para acompanhamento psicológico ocorreu em 2012, quando tinha seis anos de idade, e se encontra registrado em consulta realizada por pediatra, que justificou o encaminhamento devido a "acesso de ira" por parte da criança. O acompanhamento psicológico solicitado na ocasião se iniciou três anos depois, em 2015, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência da família. Conforme consta nos registros, nesse momento, aos nove anos de idade, Perséfone já fazia uso de ao menos um psicotrópico: Quetiapina[8]. Nos registros do acompanhamento psicológico constam relatos de comportamentos hostis e agressivos, conflitos familiares e suspeitas diagnósticas relacionadas a Transtorno Afetivo Bipolar, Transtorno Opositor Desafiador e Transtorno de Conduta. No que se refere às questões diagnósticas, os registros do pediatra que a acompanhava já apresentavam os seguintes códigos da CID-10: F91.2 ("Distúrbio de conduta do tipo socializado") em 2012 e F41.1 ("Ansiedade generalizada") em 2014. Compreende-se esse como o início de uma longa lista de nomenclaturas e classificações atribuídas à Perséfone desde então. Ao longo de seu acompanhamento no CAPSi, Perséfone recebeu, inicialmente, os diagnósticos descritos na CID-10 sob os códigos F34.8 ("Outros transtornos do humor [afetivos] persistentes") e F31.6 ("Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto").

[8] Fármaco da classe dos antipsicóticos atípicos.

Posteriormente, com a troca de profissional médico no serviço, o novo profissional que passou a acompanhá-la registrou como diagnóstico os códigos da CID-10 F31.9 ("Transtorno afetivo bipolar não especificado") e F34.8 ("Outros transtornos do humor [afetivos] persistentes"). Após outra mudança de psiquiatra no serviço, houve também uma mudança mais acentuada nos diagnósticos registrados para Perséfone: F79.1 ("Retardo mental não especificado"), F70.1 ("Retardo mental leve") e F71.1 ("Retardo mental moderado"). Houve ainda uma nova troca de profissional que em certa medida manteve o registro dos mesmos diagnósticos: F71.1 ("Retardo mental moderado") e F70.1 ("Retardo mental leve"), acrescentando a este último o diagnóstico registrado sob o código da CID-10 F60.3 ("Transtorno de personalidade com instabilidade emocional"). Apesar dos registros diagnósticos desses dois últimos profissionais, foi observado nesses mesmos registros, evocando certa contradição, relatos de que Perséfone jamais apresentou dificuldades de aprendizagem ou atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor que remetessem à possibilidade de um quadro de deficiência intelectual.

O acompanhamento no CAPSi se deu a pedido da psicóloga da UBS, que registrou ter feito um novo encaminhamento ao serviço em março de 2016. Desde então, a psicóloga da UBS passou a registrar dificuldades no acompanhamento e solicitação de auxílio ao CAPSi. Em dezembro de 2016, o acompanhamento psicológico na UBS foi encerrado e a assistência em saúde mental passa a se concentrar no CAPSi, por meio de atendimentos psiquiátricos, psicológicos e oficinas terapêuticas.

Em meados de 2017, durante atendimento no CAPSi, foi apresentado o relato de um episódio de agressão física praticado pela mãe de Perséfone contra a adolescente. A partir desse relato, o caso é judicializado, após encaminhamento ao Conselho Tutelar realizado pelo serviço. A medida de proteção determinou "orientação, apoio e acompanhamento das crianças e sua família" pelo "Conselho Tutelar e pela equipe do CREAS/CRAS" do município, "com visitas ao menos mensais e apresentação de relatórios em juízo referentes a cada visita", e "requisição de tratamento psicológico para os infantes, bem como psiquiátrico e psicológico para a genitora" (excertos da determinação judicial). Observa-se que a psicologização do caso foi também se intensificando ao longo da

assistência ofertada, sendo que em determinado momento do percurso assistencial, todos os membros da família estavam inseridos em psicoterapia individual no SUS municipal (CAPS I, CAPSi, Unidades Básicas de Saúde e clínicas conveniadas). A vigilância da família pelos serviços públicos sob determinação do poder judiciário também é intensificada ao longo do tempo, passando de visitas mensais para semanais e, por fim, diárias.

A possibilidade de encaminhamento de Perséfone para internação psiquiátrica foi cogitada por sua mãe, Jane, durante atendimento no CAPSi, pela primeira vez em 21/08/2017, porém, na ocasião foram propostas medidas alternativas. Em 08/12/2017 houve a primeira solicitação de internação psiquiátrica emitida pelo serviço, contudo, após atendimentos da equipe multiprofissional com os familiares, foram novamente propostas medidas alternativas, de modo que a solicitação não foi levada adiante. Tais medidas, contudo, encontraram obstáculos em sua efetivação. Conforme os registros do prontuário, durante o ano de 2018, Perséfone encontrou dificuldades no ambiente escolar relacionadas ao estigma da pessoa com diagnóstico de transtorno mental e decorrentes de episódios de agressividade. A escola apresentava dificuldades de manejo e reiterava pedidos de afastamento por meio de atestado médico para obter aulas em casa via Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH). Foram enviados relatórios escolares ao Conselho Tutelar e ao Poder Judiciário com descrição de agressividade por parte de Perséfone e constando, inclusive, fotos de estudantes em momentos que, segundo a escola, estariam com medo de Perséfone. Somado a isso, a família, durante os atendimentos, relatava estar cansada e em 26/09/2018 a mãe cogita, pela primeira vez, "entregar" Perséfone a um serviço de acolhimento. Nesse período, a escola exigia a presença da mãe junto à Perséfone em período integral. De acordo com os registros, o CAPSi empreendeu esforços para inclusão da adolescente, intensificando seus atendimentos, procedendo com orientações à equipe pedagógica, recomendando reestruturação da rotina acadêmica e buscando inserir a família em outros serviços de apoio, como atendimentos no CREAS e oficinas no CRAS. Constam nos registros documentais, contudo, que esses dois últimos dispositivos citados estavam sem atendimentos a serem ofertados naquele momento, e os órgãos que compõem a Rede de Proteção com

frequência questionavam sobre o motivo de não ser realizado encaminhamento da adolescente, pelo CAPSi, para internação psiquiátrica. Esse encaminhamento ocorreu em 13/11/2018.

Perséfone ficou cerca de 10 dias internada no hospital geral, acompanhada de sua mãe. Durante esse período, Jane solicitou alta de sua filha, relatando estar cansada de permanecer no estabelecimento hospitalar em período integral. Esse fato foi comunicado pelo hospital ao Ministério Público, que solicitou a internação compulsória de Perséfone, a qual foi autorizada pelo juiz. No dia 23/11/2018, ainda aguardando disponibilização de vaga em hospital psiquiátrico, o hospital geral informa ao juízo que um psiquiatra da rede privada, contratado pelo estabelecimento, avaliou Perséfone e autorizou sua alta. Diante da informação, o juiz procede com autorização da alta hospitalar e determina que a Secretaria Municipal de Saúde custeie acompanhamento com o referido psiquiatra da rede privada. Observa-se a partir desse ponto um prejuízo do vínculo terapêutico do CAPSi com Perséfone e, sobretudo, com seus familiares.

Por alguns meses, os atendimentos psiquiátricos e psicológicos de Perséfone deixaram de ocorrer no CAPSi devido a esse prejuízo do vínculo terapêutico e em decorrência da determinação de custeio de psiquiatra particular. Essa determinação foi revogada em junho de 2019, quando os atendimentos voltaram a se concentrar no CAPSi. Nesse intervalo de tempo, o serviço permaneceu acompanhando a adolescente e sua família por meio de visitas domiciliares, algumas destas determinadas pelo próprio poder judiciário ou solicitadas pelo Conselho Tutelar após alguma situação de crise atendida pelo órgão. Ainda no mês de junho de 2019, Perséfone passou por nova internação em hospital geral, onde aguardou encaminhamento para hospital psiquiátrico, contudo, novamente esse encaminhamento não foi efetivado e a adolescente recebeu alta.

Ao final de outubro de 2019, Perséfone foi retirada da família e encaminhada para acolhimento institucional pela primeira vez, após ter sido agredida fisicamente por sua mãe. Permaneceu acolhida até o dia 04/11/2019, quando houve uma audiência na qual foi determinado seu desacolhimento e retorno ao ambiente familiar de maneira provisória. Em nova audiência no dia 11/11/2019, na qual

foram intimados profissionais do CAPSi e do CAPS I, foi determinada a guarda à "genitora" e acompanhamento psicológico e psiquiátrico para ambas.

Ao final do ano de 2019, os conflitos no ambiente familiar permaneciam e no início do mês de dezembro Perséfone esteve internada em hospital geral por dois dias aguardando vaga em hospital psiquiátrico, após situação de crise na qual foi levada pelo SAMU. Em seguida, teve alta melhorada e retornou para casa.

No início de 2020, após novos conflitos familiares, foi realizada uma reunião no CAPSi com Perséfone, seus familiares e demais órgãos da rede (CREAS, representantes da Secretaria de Assistência Social e Conselho Tutelar), na qual foi cogitada a possibilidade de nova solicitação de internação psiquiátrica. Contudo, após discussões, em comum acordo, todos os presentes optaram por solicitar ao Poder Judiciário o encaminhamento de Perséfone para o serviço de acolhimento. Dessa forma, em 07/01/2020, Perséfone foi encaminhada novamente para o acolhimento institucional. Consta em termo de audiência, ocorrida no dia 09/01/2020, com a presença da família e os serviços da rede, a manifestação do juiz de que "verificou-se que, infelizmente, por falta de cuidado da genitora, por falta do Estado e por culpa da própria adolescente, esta está em nítida situação de risco" (excerto de termo de audiência), justificando o acolhimento institucional. Ainda foi fixada pensão alimentícia de R$ 200,00 para "responsabilizar economicamente a genitora" e proibido o contato da família com a adolescente até determinação contrária orientada pela rede, "sob pena de crime de desobediência" (excertos de termo de audiência). Entretanto, após cerca de 10 dias, a família fez contato com Perséfone. Constam nos registros documentais que, nos dias que se seguiram, Perséfone passou a ficar mais agitada e apresentar episódios de agressividade. Em atendimentos posteriores, passou a manifestar desejo de retornar para sua família. Em consulta médica no CAPSi ocorrida em 28/02/2020, foi solicitado internamento psiquiátrico, fundamentado em descrições de "episódios de agitação psicomotora e comportamento agressivo", "alucinações auditivas (vozes de comando homicida)" e "risco a si e outras pessoas" (excertos do laudo médico do CAPSi). A instituição de acolhimento informou a solicitação ao Ministério Público e no dia seguinte, foi autorizada a

internação compulsória, além de determinada a manutenção de proibição de contato dos familiares, providências criminais pelo descumprimento da medida e reunião de rede a cada 3 semanas.

Em 03/03/2020, Perséfone foi admitida em hospital psiquiátrico, recebendo alta médica em 10/06/2020 e autorização judicial para alta em 23/06/2020, quando retornou para a instituição de acolhimento. Ao final do mês de julho, Perséfone evadiu-se da instituição de acolhimento e retornou ao ambiente familiar. Alguns dias depois, foi realizada busca e apreensão sob determinação judicial com a presença de representantes da rede, incluindo a coordenação do CAPSi. A busca e apreensão de Perséfone se deu de maneira conflituosa e mal sucedida, com registros de atos extremos como violência autoprovocada e ameaças por parte dos familiares. Dessa forma, Perséfone foi mantida com a família e houve a determinação judicial de visitas diárias pelo Conselho Tutelar, UBS, CREAS, CAPS I e CAPSi, com envio de relatórios ao Poder Judiciário. As visitas diárias pelos órgãos da Rede de Proteção permaneceram por cerca de dois meses, quando o juiz autorizou a alteração da frequência diária para semanal.

Os conflitos no ambiente familiar, contudo, ainda se faziam presentes, conforme os registros documentais. Em relatório da Secretaria Municipal de Assistência Social datado de 30/03/2021, há o relato de conflitos no ambiente familiar com agressões físicas, descrevendo que “a genitora amarrou os punhos da adolescente alegando que se o hospital psiquiátrico pode, ela como mãe também pode” (excerto de relatório de serviço da assistência social). Tais conflitos também são descritos em relatórios de outros órgãos da Rede de Proteção. Em relatório do Conselho Tutelar datado de 24/06/2021, consta que após Perséfone ligar para o Conselho Tutelar em prantos, o mesmo compareceu à residência, onde havia ocorrido mútuas ameaças e agressões entre os familiares e afirma que

> a genitora foi orientada a representar contra a adolescente na delegacia, tendo em vista que a mesma não aceita regras e não tem limites causando sempre um desconforto para toda a família vindo a provocar a situação e depois querendo se passar por vítima. Apesar dos

transtornos que a adolescente apresenta, em outras situações a mesma demonstra compreensão e muita inteligência (excerto de relatório do Conselho Tutelar).

Em novembro de 2021, Perséfone sofreu novas agressões físicas no ambiente familiar, sendo encaminhada para o seu 3º acolhimento institucional no dia 21/11/2021, no qual permaneceu até a noite de 05/12/2021, quando se evadiu da instituição e retornou ao ambiente familiar, sendo emitida guia de desacolhimento pelo Poder Judiciário no dia seguinte.

Ocorre que a orientação do Conselho Tutelar, citada anteriormente, de que a mãe de Perséfone registrasse boletins de ocorrência contra a adolescente nos episódios de conflitos familiares, foi seguida pela família. Houve novos episódios de conflitos e mútuas agressões, com registros no prontuário de Perséfone de atendimento na unidade de pronto atendimento devido a "crises de agitação e agressividade" (excertos dos registros da unidade de pronto atendimento em prontuário) que ocorriam nesse contexto conflituoso. Em 23/03/2022, após nova situação de agressão no ambiente doméstico envolvendo Perséfone e sua avó, o Conselho Tutelar encaminhou os envolvidos até a delegacia que, diante do histórico de boletins de ocorrência envolvendo Perséfone e por se tratar de situação envolvendo uma pessoa idosa, a avó, manteve Perséfone apreendida até apuração dos fatos. Em seguida, foi determinado pelo Poder Judiciário seu encaminhamento ao CENSE.

Dessa forma, ao término da coleta de dados para a presente pesquisa, Perséfone estava sendo encaminhada para mais uma institucionalização. O percurso assistencial analisado compreende ao menos cinco solicitações de internação psiquiátrica, dentre as quais, apenas uma foi efetivada – ocorrida no momento em que a adolescente se encontrava em acolhimento institucional, para o qual foi encaminhada em três ocasiões diferentes.

Em diversos excertos dos arquivos analisados, a palavra "insustentável" é evocada por diferentes atores (Conselho Tutelar, assistência social, Poder Judiciário, CAPSi, familiares) para se referir à evolução do caso. O termo remete, conforme descrição do dicionário, ao "que não se pode sustentar, defender, manter" e ao "que está além das possibilidades de se suportar, de se tolerar;

insuportável, intolerável"[9]. No contexto em específico, aliada essa definição aos significados do termo "rede" enquanto uma estrutura de dispositivos entrelaçados que oferta suporte/sustentação, é possível pensar em uma Rede de Proteção que falha em sua função protetiva, uma rede que, apesar de robusta, encontra-se fragilizada pelas amarras institucionais (uma escola resistente em receber Perséfone, um CREAS sem atendimento à família, um CRAS sem oficinas e cursos a serem disponibilizados). Diante disso, a questão que se coloca é o que faz com que o "insuportável" continue sendo "suportado". O que sustenta essa trama constantemente nomeada como insustentável, é o que se pretende investigar a seguir.

[9] Definição do *Grande Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*, disponível em http://houaiss.uol.com.br

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES: ONDE OS DESTINOS SE CRUZAM

> Há instituições que se assemelham ao velho manicômio: hospício, casas de repouso para idosos, institutos para deficientes e para menores. A mesma violência e a mesma opressão! Inclusive os lugares onde vocês vivem neste momento não estão isentos do perigo dessa corrupção, de um processo de involução institucional; persistem também aquelas ciladas e jogos de poder (Venturini, 2016, p. 63)

O presente capítulo corresponde à discussão dos resultados obtidos, na qual são problematizados os principais aspectos em comum observados nos casos apresentados. Primeiramente, será abordada a questão da institucionalização na atenção psicossocial infantojuvenil e os mecanismos por meio dos quais essa é operada. Em seguida, é empreendida uma discussão acerca dos saberes e poderes envolvidos nesse processo.

6.1 A TRÍADE DA INSTITUCIONALIZAÇÃO INFANTOJUVENIL NA ATUALIDADE

Baremblitt (2002) discorre que, sob a perspectiva do institucionalismo, as sociedades humanas são compostas por uma rede de instituições. O autor caracteriza as instituições como lógicas formais ou informais cujo objetivo é regular determinada atividade humana por meio de códigos e prescrições, exemplificando a partir de quatro instituições elencadas como mínimas para que uma sociedade humana se estabeleça enquanto tal: linguagem, relações de parentesco, religião e divisão do trabalho. Neste sentido, as instituições são compreendidas como entidades abstratas que, para atingir sua finalidade regulatória, materializam-se em dispositivos concretos denominados organizações, que vão desde um complexo organizacional maior até pequenos estabelecimentos. Dessa forma, são as organizações responsáveis por efetuar as prescrições regulatórias das grandes instituições.

Goffman (1961), por sua vez, utiliza o termo instituição como sinônimo desses estabelecimentos sociais e propõe uma classificação ao caracterizar o que denominou de instituições totais. De acordo com este autor, toda instituição tende ao "fechamento", porém, algumas mais do que outras, devido às características de "totalidade". Conforme aponta Basaglia (2010), é possível afirmar que toda organização que se estabelece sobre alguma coletividade, apesar de não possuir exatamente a mesma atmosfera das instituições fechadas, viola em algum nível a singularidade dos seus membros.

O caráter total de uma instituição é demarcado pela barreira interposta em relação ao contato social com o mundo externo e por proibições à saída da instituição, as quais podem se materializar na estrutura física institucional. Dessa forma, são definidas como um "híbrido social", por abarcar características residenciais e organizacionais (Goffman, 1961). São instituições "destinadas a fornecer uma residência a diversas categorias de pessoas socialmente indesejadas. Essas instituições compreendem clínicas, hospitais gerais, asilos para velhos, prisões, clínicas geriátricas, centros para retardados mentais, colônias agrícolas, orfanatos e centros de recuperação" (Basaglia, 2010, p. 137).

Os estabelecimentos incluídos nessa classificação são exemplificados e agrupados conforme sua finalidade: cuidados para pessoas consideradas incapazes e inofensivas (casas que recebem idosos e crianças abandonadas), para pessoas incapazes, mas que representam ameaça não-intencional (sanatórios, hospitais, leprosários), para pessoas que representam uma ameaça intencional (penitenciárias, campos de concentração), estabelecimentos cuja finalidade seja realizar uma tarefa de trabalho (quartéis, navios, internatos) e, por fim, cujo objetivo seja prover uma espécie de refúgio da realidade (conventos, mosteiros).

Voltando à compreensão institucionalista, é possível notar, portanto, que cada aparato institucional, ou seja, cada grande instituição (educação, justiça, religião) conta com serviços, unidades físicas, compatíveis com seus códigos e podem adquirir características totalizantes para melhor efetuar suas prescrições. Tais características totalizantes podem ser expressas no cotidiano institucional por meio de práticas e organizações descritas por Goffman (1961) e apontadas abaixo.

a) Restrição da produção de vida e limitação das possibilidades existenciais: todas as esferas da vida são experienciadas no mesmo lugar e sob a mesma autoridade;

b) Massificação: as atividades são realizadas coletivamente e em horários fixos, com regras rígidas definidas pelos dirigentes de maneira hierarquizada, ou seja, há uma gestão de toda a massa institucionalizada a partir de um regimento único do coletivo e sob as mesmas circunstâncias;

c) Involuntariedade da admissão: geralmente, as pessoas são encaminhadas para o local contra a sua vontade ou sem que esta seja levada em consideração;

d) Vigilância: as relações estabelecidas entre os institucionalizados e a equipe/direção são pautadas mais por uma necessidade destes últimos vigiarem o comportamento dos primeiros;

e) Imposição de barreiras sociais: o contato com o mundo externo é escasso ou inexistente;

f) Heteronomia: as pessoas institucionalizadas não possuem autonomia ou conhecimento sobre seu próprio destino, que se encontra nas mãos da instituição.

É digno de nota que, justamente pelas características totalizantes, essas instituições se tornam incompatíveis com outras duas instituições, consideradas primordiais para a vida em sociedade (Baremblitt, 2002), as quais correspondem ao trabalho e à família. Uma vez que não permitem outros contextos existenciais para além do que está prescrito pela própria instituição total, resta inviabilizada a autonomia requerida pela existência laboral, bem como a socialização implicada na existência doméstica (Goffman, 1961).

Considerando as características citadas, cabe enfatizar que, independentemente do poder que as instituições totais operam, essas consistem sobremaneira na operação de um poder, comumente de tipo disciplinar (Pavan, Meneghel & Junges, 2008), uma vez que consiste em um ambiente propício às práticas corretivas e às finalidades normalizadoras. Conforme expõe Goffman (1961, p. 22): “Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu”.

Para fins de esclarecimento, uma vez apresentadas as questões em torno da temática das instituições e tecidas algumas considerações, vale sublinhar que o termo “institucionalização” é utilizado, no presente trabalho, para se referir a admissão de um indivíduo em determinado estabelecimento cujas características permitam que seja compreendido, em algum nível, enquanto instituição total.

Observando os históricos institucionais de Perséfone e Valério, nota-se que seus percursos compreendem o encaminhamento para três tipos de serviços diferentes que podem se encaixar nessa compreensão: Hospital Psiquiátrico, Centro Socioeducativo e Acolhimento Institucional.

A caracterização dos estabelecimentos manicomiais enquanto instituições totais não é novidade e figurou como caso exemplar em boa parte da obra de Goffman (1961) sobre a temática. Esses estabelecimentos, hoje “modernizados” em hospitais psiquiátricos, continuam a preservar suas características totalizantes (Basaglia, 2010). Do mesmo modo, as unidades prisionais e estabelecimentos afins também se encontram elencados na obra de Goffman (1961) e podem levar a algumas aproximações a partir da observação de Yokoy e Oliveira (2008) de que, na casa de semiliberdade para adolescentes autores de atos infracionais objeto de sua pesquisa, havia nitidamente elementos que as autoras denominaram como uma “cultura de cadeia”, ou seja, a presença de uma reprodução de comportamentos, linguagens e valores das unidades de privação de liberdade para adultos. Do ponto de vista da subjetividade dos próprios adolescentes, foi verificado que estes compreendiam a unidade socioeducativa como uma prisão e, nesse sentido, o cumprimento da medida socioeducativa se configuraria como uma forma mais branda de se referir ao cumprimento de pena. Ademais, as próprias condições de vida nessas unidades, marcadas por precariedades, podem se assemelhar às das unidades prisionais (Yokoy & Oliveira, 2008).

Os centros socioeducativos foram implantados no Brasil na década de 1990, após substituição do código de menores pela doutrina da proteção integral (Almeida & Mansano, 2012). O Estatuto da Criança e do Adolescente passou a prever, em seu artigo 112, as medidas socioeducativas aplicáveis a adolescentes autores de atos infracionais (advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de

serviços à comunidade, liberdade assistida, inserção em regime de semiliberdade, internação em estabelecimento educacional e demais medidas elencadas enquanto medidas de proteção, exceto pelas medidas referentes ao acolhimento institucional ou familiar e colocação em família substituta), sendo considerada ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal, conforme disposto no artigo 103 do ECA. As medidas de proteção estão dispostas no artigo 101 do estatuto e correspondem a encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; orientação, apoio e acompanhamento temporários; matrícula e frequência obrigatória em estabelecimento oficial de ensino fundamental; inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; acolhimento institucional; inclusão em programa de acolhimento familiar e colocação em família substituta (Lei 8.069, 1990; Lei 12.010, 2009; Lei 13.257, 2016). Conforme dispõe o Estatuto, as medidas socioeducativas são aplicáveis a adolescentes, sendo que em caso de ato infracional praticado por crianças, devem ser aplicadas as medidas de proteção.

A medida socioeducativa de internação é definida no ECA como uma medida de privação de liberdade que deve estar sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Em decorrência de seu caráter de brevidade, não deve haver duração pré-determinada, sendo reavaliada sua manutenção ao menos a cada seis meses e sua duração máxima não poderá exceder três anos. No que se refere à excepcionalidade da medida, é aplicada em casos de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência; por reiteração no cometimento de outras infrações graves; ou por descumprimento reiterado e injustificável de medidas anteriormente aplicadas. Seu cumprimento deve ocorrer em entidade exclusiva para adolescentes, sendo obrigatórias as atividades pedagógicas (Lei 8.069, 1990).

No Brasil, as unidades para cumprimento de medida socioeducativa possuem diferentes organizações, conforme a unidade federativa em que se localizam. No Paraná, estado em que residem

Perséfone e Valério, essas estão dispostas em Centros Socioeducativos (CENSE). Nestes, há a predominância de uma visão pedagógica, em consonância aos dispostos no próprio ECA e as nomenclaturas utilizadas, que demarcam a passagem do paradigma punitivo para o socioeducativo nessas instituições. Contudo, apesar dos esforços empreendidos a partir dessa mudança paradigmática, ainda é possível encontrar nesses serviços a presença de mecanismos disciplinares e outras características de estigmatização, vigilância e heteronomia típicas das instituições totais (Almeida & Mansano, 2012).

As instituições de acolhimento, por sua vez, podem não ser facilmente compreendidas enquanto instituições totais. De fato, sua previsão legal, assim como no que diz respeito às unidades socioeducativas, contemplou o caráter de brevidade e excepcionalidade da medida de acolhimento, como forma de prevenir a reprodução de funcionamento de instituições fechadas que majoritariamente assistiam ao público infantojuvenil em período histórico anterior ao ECA (Lei 8.069, 1990; Lei 12.010, 2009; Paiva, Mulinari & Moser, 2018). Conforme apontam Estevan, Baltor e Silva (2020, p. 59), "após o ECA, as novas instituições devem estar alinhadas aos demais equipamentos da rede de apoio socioassistencial, contudo, percebe-se que esses dispositivos estão falhando em relação à garantia de direitos e cuidado das crianças e adolescentes atendidos". Neste sentido, Badaró & Calais (2019) pontuam que, apesar do caráter de brevidade e excepcionalidade da medida, as instituições de acolhimento, para uma parcela da população, não são apenas um local de passagem, além de se configurarem como local de destino para um público específico. "Pode-se observar na atualidade, que mesmo o acolhimento institucional sendo reconhecido em lei como uma medida excepcional e provisória, continua acontecendo como um recurso utilizado pelo Estado para controlar famílias empobrecidas e em situação de risco" (Paiva et al., 2018, p. 7). Conforme afirmam Badaró e Calais (2019), o imperativo do controle das famílias consideradas um risco para o Estado prevalece no Brasil há longa data até os dias atuais, demarcando a diferença de lugares para crianças e adolescentes privilegiados e crianças e adolescentes marginalizados.

Soma-se aqui às finalidades de vigilância e controle, características das instituições totais, um outro elemento típico das antigas instituições voltadas para infância e adolescência que se relaciona aos processos de exclusão social engendrados pelas instituições fechadas: o cunho caritativo e assistencialista. De acordo com Badaró e Calais (2019), em levantamento nacional realizado no ano de 2018, foi demonstrado como a aproximação histórica entre público e privado para a assistência à população infantojuvenil, por meio de ações assistencialistas, ainda se faz presente, com 64,5% dos serviços de acolhimento do país correspondendo a organizações de natureza não governamental. Essa questão pode ser observada também no presente estudo, considerando que o serviço de acolhimento institucional para o qual foram encaminhados Valério e Perséfone é caracterizado como uma associação sem fins lucrativos que atua no Brasil desde a década de 1960.

Outra questão observada nos casos do presente estudo diz respeito à culpabilização familiar neste contexto. De acordo com Paiva et al. (2018, p. 5), historicamente, famílias em situação de vulnerabilidade foram marcadas pelo rótulo da incapacidade. Essa culpabilização "foi o argumento ideológico usado pelo Estado para poder abrigar a população infantojuvenil em instituições totais e, assim, poder exercer o controle social sobre os mais pobres". O discurso culpabilizante das famílias em situação de vulnerabilidade social e/ou econômica condiz com os ideais de um Estado neoliberal que se guia por visões meritocráticas e não se responsabiliza pelas políticas públicas, que são terceirizadas para as entidades filantrópicas. Segundo Badaró e Calais (2019), a culpabilização familiar compõe o mecanismo que fabrica processos de exclusão, ocasionando o afastamento da criança ou adolescente de seu convívio familiar e comunitário de rotina e propiciando estigmatizações que corroboram com a exclusão social.

> . . . as Unidades de Acolhimento Institucional, são permeadas por lógicas como as das instituições totais. Dentre as características dessas instituições, destacam-se . . . a realização das atividades diárias em grupo sem considerar a subjetividade de cada sujeito e a imposição de um sistema de regras determinados por parte das "autoridades" da instituição, sem que haja

> um mínimo de participação dos "internados" na construção desse regimento, que geralmente é rígido e homogeneizante . . . (Badaró & Calais, 2019, p. 750).

Nos casos de Perséfone e Valério, a homogeneização, heteronomia e imposições características das instituições totais podem ser observadas em suas experiências de acolhimento institucional. Os registros trazem indicativos de que Valério, no curto período em que ficou acolhido durante o ano de 2019 (cerca de dois dias), não encontrou espaço na instituição para sua expressão subjetiva, sendo objetivado sob os códigos psicopatológicos pela equipe/dirigentes do serviço (em registro de consulta médica no CAPSi, consta que os profissionais do serviço de acolhimento relataram que Valério estava "acelerado, falando rápido, ansioso, pedindo a todo momento para fumar"). Constam nos registros em prontuário, inclusive, uma tentativa de intervenção da equipe do CAPSi junto à equipe do acolhimento institucional, para verificar a possibilidade de que em alguma medida, as regras institucionais fossem flexibilizadas em favor de Valério, que mencionou dificuldades em relação a essas. No mesmo dia, não tolerando a rigidez normativa do espaço institucional, Valério comunicou à equipe do CAPSi que não conseguiria permanecer no serviço de acolhimento e retornaria para a residência de sua família.

Perséfone, por sua vez, apresenta queixas em relação ao desconhecimento dos rumos que estariam sendo definidos para a sua vida em diferentes momentos das três ocasiões em que foi acolhida institucionalmente, conforme registros em seu prontuário. No ano de 2020, já chega ao acolhimento institucional objetivada pelo estigma da loucura e sua periculosidade, um corpo que não cabe na rotina institucional. Sua "instabilidade" coloca em risco as outras crianças, conforme consta em diversos relatórios enviados pelo serviço de acolhimento ao Poder Judiciário e que por fim ocasionaram em sua internação psiquiátrica compulsória.

Diante do exposto, é possível compreender as três instituições presentes nos percursos institucionais de Perséfone e Valério (hospital psiquiátrico, centro socioeducativo e serviço de acolhimento) enquanto instituições totais e, como tais, instituições da exclusão, haja vista as características totalizantes que promovem o retraimento das possibilidades existenciais de seus

institucionalizados. Basaglia (2010) define as instituições totais de modo geral como instituições de gestão da exclusão, dadas as suas finalidades. Tratam-se de instituições que, sob um discurso de proteção, operacionalizam a gestão de vidas excluídas e o disciplinamento de corpos indóceis (Badaró & Calais, 2019).

Ocorre que, no caso de Perséfone e Valério, o que se observa são corpos que foram marcados com tamanha intensidade ao ponto de restarem excluídos das próprias instituições da exclusão. Ressalta-se que lhes foi designado, desde tenra idade, que carregassem consigo ao menos um diagnóstico psicopatológico. Conforme apontam Estevan et al. (2020), há uma parcela de crianças e adolescentes que circulam rotativamente entre famílias, serviços de acolhimento e a própria rua, como se estivessem presas ao ciclo vicioso de um não-lugar. Neste sentido, Perséfone já passou por três situações de acolhimento institucional e Valério por duas, ao menos. Como resultado, o que se tem é, para além do sequestro e confinamento nas instituições de exclusão, a demarcação de um não-lugar para esses corpos indomáveis, que vagam pela tríade formada por hospitais psiquiátricos, centros socioeducativos e serviços de acolhimento institucional. São corpos inscritos ao não pertencimento – social, afetivo, subjetivo.

A exclusão da exclusão, é, portanto, ilustrada não apenas pelas situações em que ambos são considerados incompatíveis com o serviço de acolhimento institucional, como também pela rejeição de uma unidade de internação psiquiátrica registrada na Central de Regulação de Leitos em determinada solicitação de internação de Valério no ano de 2018, em que consta na resposta assinada pela médica do hospital psiquiátrico o que se segue:

> . . . adolescente com grave distúrbio de comportamento, extrema agressividade, riscos a terceiros, necessitando de medidas terapêuticas específicas em local apropriado para tal atendimento. Nossa instituição não dispõe de recursos que este caso requer, dispomos de um único apartamento para os 3 leitos de adolescentes, o mesmo ficaria com menores vulneráveis, o que os colocariam em risco (excerto de Espelho de Solicitação de Leito).

Em outro registro da Central de Regulação, também referente a uma solicitação de internação psiquiátrica de Valério no ano de 2018, há uma resposta do hospital psiquiátrico que deixa claras as semelhanças entre esses serviços e as unidades prisionais no que diz respeito aos objetivos de custódia: “não realizamos internações compulsórias, pois não dispomos da estrutura física (assemelhada ao sistema prisional), de recursos humanos e de projeto terapêutico para estes casos, e assim poder atender o propósito pretendido com esta medida” (excerto de Espelho de Solicitação de Leito).

As três instituições em questão (hospital psiquiátrico, centro socioeducativo e serviço de acolhimento), para além de apresentarem características totalizantes, compartilham outros traços significativos, como a culpabilização da família que, conforme mencionado anteriormente, é uma prática implicada nos processos de exclusão. Em relação aos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação, Yokoy e Oliveira (2008, pp. 88-89) observam que existem “constantes significações, da sociedade em geral e do próprio atendimento socioeducativo, de que suas famílias são desestruturadas, violentas, permissivas e delitogênicas”, o que desencadeia uma salvaguarda reativa por parte dos adolescentes como forma de preservar uma imagem positiva dessa família repetidamente desqualificada por terceiros.

Nos casos de Valério e Perséfone, movimento semelhante pode ser verificado quando eles se evadem do serviço de acolhimento para retornarem ao ambiente familiar. Em atas de reunião da rede de proteção, suas famílias são frequentemente descritas como “negligentes” e “disfuncionais”. Do mesmo modo, no que se refere à instituição psiquiátrica, em diferentes solicitações de internamento psiquiátrico, tanto de Valério, quanto de Perséfone, são enfatizados nos laudos circunstanciados os suportes familiares “prejudicados” ou “ausentes”. Em que pesem as possibilidades de realmente serem verificadas dificuldades no âmbito familiar, tais dificuldades não emergem de maneira isolada a um contexto mais amplo, no qual se encontra implicada a função estatal de promover políticas públicas. Desta forma, quando o Estado culpabiliza a família, há na verdade uma projeção de culpa

(Paiva et al., 2018), de modo que as famílias rotuladas como negligentes foram, elas próprias, negligenciadas socialmente mediante a privação de acesso a políticas públicas efetivas.

> A pobreza e a vivência de precariedades estão relacionadas a uma ordem social que estabelece significantes de poder, que produzem e reproduzem, a partir de uma história discriminatória, violações de direitos e efeitos simbólicos sobre a existência de muitas pessoas. Assim, pode-se atribuir também à ineficácia ou ausência do Estado as formas de existir de grande parte da população invisibilizada tanto pela sociedade, como pela própria gestão pública (Badaró & Calais, 2019, p. 743).

Paiva et al. (2018) mencionam que neste cenário há uma sobrecarga familiar que em vez de ser aliviada por meio de políticas públicas, acaba por ser intensificada pelas intervenções estatais que lhes atribuem novos deveres para além daqueles já existentes que tentam conciliar. No caso de Perséfone e Valério, essa situação é verificável na figura de mães que são as únicas responsáveis pelos cuidados e também consideradas as únicas culpadas pelas dificuldades interpostas ao exercício dessa tarefa. São demandadas pelos mais diversos atores a todo momento. Convocadas a performar de maneira exemplar o sustento emocional e financeiro de sua prole. Não é por acaso que a situação é referida constantemente como "insustentável". Ao mesmo tempo em que precisam abdicar de si para prover o lar, inclusive financeiramente, de maneira contraditória, não são autorizadas a manter uma rotina laboral, pois precisam estar disponíveis, para todos os serviços, a todo momento, para permanecerem dias a fio no hospital geral ou na unidade de pronto atendimento, enquanto aguardam vagas para internação psiquiátrica de seus filhos, mesmo tendo outros filhos em casa; para acompanhar sua filha na escola em período integral, pois ao contrário, a presença desta no ambiente escolar é vedada; para visitá-los no hospital psiquiátrico em que se encontram internados, há quilômetros de casa; para ir aos atendimentos, em horário comercial, no CAPSi, no CREAS e no Conselho Tutelar.

Conforme pontuam Paiva et al. (2018, p. 9), "a falta de políticas sociais amplas que possam substituir parcialmente as funções exercidas pelas famílias acaba por sobrecarregá-las e

responsabilizá-las ainda mais pela proteção social de seus membros". No caso de crianças e adolescentes assistidos por CAPSi, como Perséfone e Valério, há a previsão, entre as ações assistenciais que caracterizam o serviço, de procedimento denominado "acolhimento diurno de paciente em centro de atenção psicossocial", o qual consiste na permanência do usuário no CAPS como recurso do projeto terapêutico singular para manejo de crises e conflitos relacionais "caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência – e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário" (Ministério da Saúde, 2012). Observam-se, contudo, dificuldades do próprio serviço em compreender a importância e finalidade desse procedimento. Nesse sentido, é possível verificar um processo de alienação presente na prática institucional que distancia o profissional dos sentidos e propósitos de suas ações regimentais. Há aqui, implicada, uma posição de poder ocupada pelos técnicos. São eles os detentores do saber a ser direcionado às famílias e indivíduos categorizados amplamente como inadequados (Basaglia, 2010).

É o que pode se observar, por exemplo, no tom de que é dado para as ações do CAPSi, direcionadas ao cotidiano existencial de Valério, em relatório da rede:

> A Rede de Proteção, de comum acordo, pontua que Valério possui longo histórico de institucionalização (acolhimento institucional, internação em hospital psiquiátrico) e está novamente se colocando em situação de risco, percebe que a genitora visualiza apenas a internação como solução para Valério, mas não envida esforços para a manutenção do quadro de estabilidade pós alta hospitalar, terceirizando sua responsabilidade para sua filha e para o CAPS Infantil (que oferta inclusive comida e banho ao adolescente). Sugere-se audiência de advertência à genitora, antes que a situação se agrave ainda mais (excerto de estudo de caso da Rede de Proteção).

Cabe refletir, nesse sentido, se é a "genitora" que terceiriza sua responsabilidade para os serviços, ou os serviços que terceirizam para a figura materna a responsabilidade pelas institucionalizações de Valério, as quais, vale recordar, partiram todas de encaminhamentos desses

próprios serviços. Se a mãe não vislumbra outras possibilidades para além da internação psiquiátrica, cabe indagar quais outras possibilidades os serviços territoriais têm permitido a ela visualizar. Observa-se que são serviços que, conforme transparece no excerto apresentado, entendem o hospital psiquiátrico, um aparato que já se demonstrou, além de ineficiente, altamente iatrogênico e violador de direitos (M. Silva, 2007), como instituição capaz de promover algum tipo de estabilidade, que deve ser mantida, pela família, após a alta. Do mesmo modo, ofertar comida e banho não pode ser compreendido como uma benevolência do serviço ou terceirização das responsabilidades familiares, como deixa subentendido o relatório em questão.

Situação semelhante é abordada por Ornelas (2007), ao relatar sobre uma situação de crise na qual os serviços de saúde apontaram a própria família como responsável por solucioná-la, sem considerar a importância de que, no mínimo, fosse ofertado um espaço de diálogo para a construção conjunta de outras possibilidades de solução. Do contrário, a família, que não concordou da solução colocada pela equipe a seu encargo e não dispôs da possibilidade de dialogar sobre a situação foi objetivada como negligente e opositora por não se curvar às prescrições técnicas, "isto é, a família foi considerada um 'caso problema' cujo método adotado foi o do abandono a fim de, pelo sofrimento, fazê-la submeter-se às 'superiores' orientações técnicas" (Ornelas, 2007, p. 111). Observa-se, nesse sentido, dificuldades dos profissionais em superar práticas mediadas pelo paradigma tradicional do saber-poder psi. Por outro lado, a desmedicalização dessas práticas envolve compreender que:

> Orientados pelo axioma do cuidado com o homem, teremos, muitas vezes, que nos ocupar de questões que nada têm de patológico. Por exemplo: as dificuldades que usuários que não sabem ler e escrever enfrentam para circular pela cidade, universo permeado de códigos lingüísticos indecifráveis para um analfabeto; a falta de lugar para morar; a falta de documentos, etc. Ou mesmo, as dificuldades decorrentes do estilo de cada sujeito para exercer a arte do convívio (Abou-Yd, 2007, p. 56).

A estigmatização, não só da família de maneira geral, como também do próprio adolescente especificamente, é outro ponto comum verificado em processos de institucionalização, independente

da instituição em que ocorre. Em pesquisa sobre adolescentes em conflito com a lei, Almeida e Mansano (2012) discorrem sobre a estigmatização desse público desde uma perspectiva histórica. Do mesmo modo, ao abordar a temática do acolhimento institucional de adolescentes, Badaró e Calais (2019) refletem sobre os efeitos práticos e simbólicos da institucionalização infantojuvenil relacionados à exclusão e seus desdobramentos subjetivos. De acordo com Basaglia (2010), o processo de institucionalização implica em um aniquilamento subjetivo do indivíduo de tal modo que produz efeitos iatrogênicos mediados pelo poder institucionalizante. Haveria, portanto, nessa dinâmica institucional, a operação de dois movimentos em simultâneo: um no sentido da destruição da existência subjetiva do indivíduo e outro no sentido da sua objetivação enquanto corpo institucionalizado. Essa relação objetificante, no caso das internações psiquiátricas, "significa que presumir um corpo doente como base do encontro entre psiquiatria e paciente mental impõe a este um papel objetivo sobre o qual toda a instituição que o tutela se funda" (Basaglia, 2010, p. 75). Desta maneira, os códigos institucionais são incorporados pelo institucionalizado, que é esvaziado de si para ser preenchido com os estigmas que lhe objetivaram. Sendo assim, mesmo saindo da instituição total, havendo restado muito pouco de si, o indivíduo não pode mais se vivenciar de outra forma senão como corpo institucionalizado, pois essa é a maneira como os demais o vivenciam, sob a mediação dos estigmas que lhe foram atribuídos. Segundo Venturini (2016), o olhar do outro pode resultar na "coisificação" daquele que é olhado ao reduzir a subjetividade desse último aos esquemas de objetivação do primeiro. Neste caso, não há reciprocidade entre os olhares, mas um olhar que direciona a estigmatização construída pelos códigos institucionais e estereótipos culturais. E sem reciprocidade, não há relação. As objetivações não deixam espaço para o encontro dialético (Basaglia, 2010).

Desse modo, o institucionalizado permanece com suas possibilidades existenciais restritas quando sai da instituição total. Uma única existência lhe foi sancionada e não deve ultrapassar os limites do que lhe foi objetivado. Nos casos em que resta algo de si, que emerge como resistência ao aniquilamento subjetivo, uma nova objetivação é operada pela racionalização dessa reação enquanto

expressão psicopatológica sob o signo da agressividade, que por sua vez, cria a necessidade de novas institucionalizações, uma vez que o objetivo destas, conforme expõe Basaglia (2010), é a expropriação do eu de maneira sistemática e invasiva para imposição de uma condição passiva, o que o autor nomeia como a "condição de colonizado" (p. 82), que pode se estender para todas as relações que venha a estabelecer. O autor exemplifica com o caso das internações psiquiátricas nas quais, uma vez empreendido este processo, os prontuários passam a conter em seus registros observações sobre a adaptação e cooperação do paciente, o que coloca em evidência as finalidades de docilização.

Curioso analisar, diante do exposto, os relatórios de alta hospitalar de Perséfone e Valério. No caso de Perséfone, o relatório do hospital psiquiátrico a descreve, inicialmente, como "impulsiva", "resistente", "irritada", "manipuladora" e "opositora às normas e rotinas" e que, em seguida, aceitou o "processo de adaptação" e se tornou "receptiva" (excertos do relatório de alta hospitalar). Nos relatórios dos hospitais psiquiátricos referentes a Valério, este é descrito inicialmente como "agressivo", "inadequado" e "provocativo" e, posteriormente, como "sem agressividade", "adequado", "colaborativo" e "respeitoso", portanto, "não existindo mais indicação médica para continuar internado" (excertos de relatórios de alta hospitalar). Como se pode verificar, restaram cumpridos os objetivos institucionais de normalização e docilização. É diante desse cenário que Basaglia (2010) orienta que, aqueles que desejarem conhecer o indivíduo tal como ele é, devem primeiro compreender o que ele se tornou em decorrência das normatividades que lhe interditaram a diversidade.

O estigma da agressividade é, na verdade, um desdobramento da imagem de periculosidade historicamente suturada à figura do louco. Como apresentado anteriormente, a ideia de periculosidade relacionada à loucura pode ser verificada desde a idade média sob a concepção influenciada pelo paradigma cristão de que a loucura seria uma expressão do maligno (Françoia, 2005; Esquinsani & Dametto, 2012). Na Modernidade, essa ideia ganha nova força diante da necessidade de gerir as ameaças à ordem social e cria as possibilidades, a partir da eleição de uma instituição de tutela dessas

(as casas de internação), para que a psiquiatria se construa enquanto ciência e guardiã da sociedade em relação aos desajustados sociais (Frayze-Pereira, 1984).

> Há uma enorme semelhança entre a crença medieval na feitiçaria e a contemporânea na doença mental, pois ambas baseiam-se em explicações falsas que servem, na verdade, para encobrir certos problemas morais relacionados a interesses de grupos determinados – para a doença mental, o grupo dos médicos; para a bruxaria, o poder do clero (Amaral & Angel, 2018, p. 404).

Observa-se, portanto, um movimento no qual a sociedade elege seus bodes expiatórios, transformando o que não conhece em objeto de ameaça que deve ser subjugada, reprimida e expurgada (Amaral & Angel, 2018). De fato, ainda hoje, é a propagação da ideia de existência de um risco relacionado às vivências loucas que continua a embasar as justificativas de encaminhamento para as internações, inclusive no que se refere ao público infantojuvenil.

> Historicamente, o manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas até hoje eles conservam essa função: dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é são . . . Se o doente, antes de ser visto como tal, vem a ser considerado como perigoso para si e para os outros, as regras sobre as quais o asilo se edifica só podem ser instituídas em função dessa periculosidade, e não em função da doença (Basaglia, 2010, p. 49).

Ao encontro desta afirmativa, ao estudarem as internações psiquiátricas de crianças e adolescentes em determinado hospital psiquiátrico, Braga e d'Oliveira (2015) observaram que o termo "agressividade" se apresentou como principal descritor das crianças e adolescentes internados. Do mesmo modo, no caso de Perséfone e Valério, todas as solicitações de internação psiquiátrica continham em seu texto os termos "risco para si" e/ou "para os outros". A presença desses exatos termos justificando a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes também foi predominante em

revisão bibliográfica da literatura internacional realizada por Braga e d'Oliveira (2022) acerca do tema.

> Na contramão dessa prática, na atenção em saúde mental se espera a escuta da multiplicidade de aspectos de uma situação – como contexto, história, rede de relações, território em que se vive, o que é oferecido como possibilidade de vida, entre outros – para entender o sentido de como a pessoa se expressa nas relações . . . Porém situações diversas e mesmo de agressividade, que obviamente envolvem ao menos dois sujeitos em relação em um dado contexto, são atribuídas como desvio a uma pessoa (Braga & d'Oliveira, 2022, p. 8).

Essa constatação pode ser ilustrada pelo caso de Perséfone, que com frequência passa por episódios de violência física e psicológica no contexto familiar, mas também com frequência é adjetivada como agressiva e violenta. É ela a desviante na escola, onde sua presença não é desejada por representar um risco aos colegas; na instituição de acolhimento, que a encaminha para a internação psiquiátrica por representar um risco às demais crianças acolhidas; no hospital psiquiátrico, onde passa por um processo de adaptação para deixar de ser "impulsiva", "irritada" e "opositora". Neste sentido, Basaglia (2010, p. 104) enfatiza a missão encarregada pela sociedade à psiquiatria de tornar adaptada enquanto objeto da violência "uma pessoa já violentada pela família, pelo trabalho, pela carência", considerando "o doente mental como o objeto de uma violência original, familiar, social e institucional – o 'vórtice dos enganos' – confirmada pela rotulação científica que a justifica" (Basaglia, 2010, p. 136). Desta forma, a violência generalizada que permeia a existência de um determinado indivíduo é objetivada nele como agressividade a ser censurada mediante outras violências.

> O que é, senão exclusão e violência, o que impele os membros ditos sãos de uma família a canalizar para o mais fraco a agressividade acumulada pelas frustrações de todos? O que é, senão a violência, a força que leva uma sociedade a afastar e excluir os elementos que não participam do seu jogo? O que é, senão exclusão e violência, a base sobre a qual se apoiam as instituições cujas regras são estabelecidas com o objetivo preciso de destruir o que resta de

> pessoal no indivíduo, para salvaguardar o bom andamento e a organização geral? (Basaglia, 2010, p. 126).

Observa-se, portanto, que o estigma da agressividade, a imagem de periculosidade e a ameaça de perturbação da ordem, foram, historicamente, e ainda o são, até os dias atuais, utilizados como justificativa para as diversas formas de institucionalização da infância e juventude. No passado, a infância disgênica que precisava ser higienizada por meio da educação de seus ascendentes, que lhes transmitiram os males hereditários, hoje, a infância negligenciada pela família que necessita ser encaminhada ao acolhimento institucional. No passado, os menores em "risco" da doutrina da situação irregular, hoje, os adolescentes que "apresentam risco para si e para os demais" nos laudos médicos circunstanciados. De todo modo, em que pesem as transformações históricas e institucionais, há um risco sempre presente (Almeida & Mansano, 2012; Beltrame, 2020; Braga & d'Oliveira, 2022).

> A disciplinarização dos jovens 'desviados' vai mostrando uma "cultura do perigo" e, dentro de uma lógica preventiva e de segregação, o instituído do violento nato vai se espalhando capilarmente na sociedade, arraigando os modos de ser e viver de cada indivíduo, em cada fala, a cada discurso científico e nos saberes que se manifestam, produzindo e forjando sujeitos (Hadler & Guareschi, 2010, p. 31).

"Todavia, a sociedade dita do bem-estar e da abundância acaba de descobrir que não pode expor sua face violenta abertamente, para não criar contradições que se voltariam contra ela" (Basaglia, 2010, p. 94). Assim sendo, na contemporaneidade, essa operação passou por transformações, como também sofreram transformações as instituições, os modelos políticos, o arcabouço legislativo, a sociedade de modo geral. A questão ainda consiste na operação de uma tecnologia de poder, mas que opera agora por mecanismos distintos. Temos, em um nível, o poder disciplinar, direcionado aos corpos individuais sob a forma de vigilância, punição e adestramento para torná-los corpos úteis e dóceis. Em outro nível, o biopoder, direcionado à massa desses corpos sob a forma de controle para regulamentação da vida. O segundo não substitui o primeiro, mas o

interpenetra e o influencia. Se o primeiro consiste em deixar viver e fazer morrer, o segundo se configura em seu contrário: fazer viver e deixar morrer (Foucault, 2005).

> É a dimensão biopolítica da sociedade de controle, uma forma de poder que rege e regulamenta a vida, assimilando-a e reformulando-a (...) o aparecimento do biopoder sobre o homem enquanto ser vivo gera um poder contínuo, científico, que é o poder de fazer viver (Baracuhy & Pereira, 2013, p. 319).

Dadas essas distinções, o que está entre ambos e os conecta é a norma, "que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar" (Foucault, 2005, p. 302). Na contemporaneidade, houve um espraiamento das instituições disciplinares para que nada escape ao poder normativo, instituições que operarão esse poder de maneiras mais sutis e, simultaneamente, com maior intensidade.

Considerando que o biopoder tem como objeto e objetivo a vida (Foucault, 2005), trata-se de uma tecnologia que não pode, portanto, lançar mão unicamente ou majoritariamente de instituições mortificantes para operar (Basaglia, 2010). Isto significa que, no mundo contemporâneo, os dispositivos de poder operam quase que imperceptíveis, "de modo bastante natural, de maneira sutil" (Baracuhy & Pereira, 2013, p. 326). Neste cenário, a biopolítica emerge a partir da integração do saber médico-científico às estratégias de governo, possibilitando a governamentalidade pelo biopoder (Martins & Peixoto Junior, 2009). É sob essa perspectiva que "as práticas médico-psicológicas continuam referendando a necessidade de integrar as populações intituladas como estando em situação de risco ou em estado de vulnerabilidade através de tecnologias disciplinares, de normalização biopolítica e de controle" (Lemos, 2008, p. 101).

Em termos práticos, isso consiste na formação de um circuito, denominado circuito de controle (Basaglia, 2010; Ministério da Saúde, 2016; Braga & d'Oliveira, 2022), em que as instituições disciplinares se encontram no centro e são alimentadas pelos serviços territoriais que permanecem "dentro dos esquemas e códigos da ideologia dominante" (Basaglia, 2010, p. 243).

> Esse circuito envolve um amplo conjunto de instituições (o sistema de saúde, o sistema de educação, o sistema de justiça, o sistema de assistência social, entre outros) que produzem e reproduzem lógicas de normalização impositiva, sempre envolvendo algum nível de uso da força. O manicômio ocupa nesse circuito uma posição fundamental para a sustentação do modelo de normalização impositiva, ele é o local de escoamento de toda a falha dos demais sistemas de normatização (educação, justiça, saúde, assistência social etc), e assume a condição de depositário do não normal (Ministério da Saúde, 2016, p. 3).

O funcionamento desse circuito pode ser identificado, em algum nível, nos trabalhos de Scisleski et al. (2008), de Blikstein (2012), de Beltrame (2020) e de Braga & d'Oliveira (2022). O perfil dos jovens que são aprisionados a esse circuito foi o mesmo encontrado nas referidas pesquisas, assim como nesta. Correspondem, primeiramente, e de maneira geral, a crianças e adolescentes marcados pelo abandono, pela violência, pela vulnerabilidade e pelo estigma da periculosidade. Essas demarcações, em conjunto, explicam as três principais instituições totais envolvidas no circuito em questão (hospital psiquiátrico, CENSE e acolhimento institucional). Ao discorrer sobre a lógica manicomial e os circuitos de controle, Basaglia (2010, p. 247) aborda o papel de instituições que pré-formam

> . . . os conteúdos da demanda, endereçando-as aos canais convenientes, a fim de que a abertura da crise, em qualquer nível, seja automaticamente compensada com a expulsão do portador para o bolsão de contenção. Nesse caminho, sabe-se de antemão quem acabará caindo ali.

Braga e d'Oliveira (2022) evidenciam que são jovens com atraso e/ou evasão escolar e com história de passagem não apenas pelo hospital psiquiátrico, como também por unidades socioeducativas e instituições de acolhimento. Essa última característica também foi abordada no trabalho de Beltrame (2022), sobretudo ao identificar que uma quantidade considerável das internações psiquiátricas de adolescentes que analisava correspondia a encaminhamentos realizados pelo CENSE. Do mesmo modo, Blikstein (2012) verificou que as crianças e adolescentes internadas compulsoriamente tinham histórico de institucionalizações anteriores em serviços de acolhimento

institucional, centros socioeducativos e/ou outros hospitais psiquiátricos. Pode-se afirmar, portanto, que quem acaba "caindo ali", no "bolsão de contenção" formado pela tríade da institucionalização infantojuvenil na contemporaneidade, é o jovem "sem poder contratual e a quem é atribuído um ou mais desvios em relação à ordem social vigente" (Braga & d'Oliveira, 2022, p. 10).

> Em outras palavras, surge um roteiro sobre os modos de ser sujeito, sobrando para aqueles que não o seguem (os que não frequentam a escola, os meninos de rua, os infratores, aqueles que não têm certidão de nascimento, etc.) o estigma de estarem fora do que seria considerado normal. Assim, apesar de insurgir uma oposição referente ao 'menor', ainda se fazem presentes os discursos que vêm marcar aqueles considerados 'fora da lei', os excluídos do padrão da normalidade (Hadler & Guareschi, 2010, p. 34)

É possível tecer algumas reflexões sobre como se retroalimentam as instituições asilares e territoriais pertencentes a esse circuito de modo a sintetizar o que foi apresentado até o momento no presente capítulo. Em suma, a estigmatização de crianças, adolescentes e suas famílias, sob os signos da periculosidade, violência e negligência iniciam um processo de exclusão. A depender do modo pelo qual cada um desses estigmas é objetivado no indivíduo, é encontrada uma institucionalização correspondente. São, portanto, esses estigmas que definem o lugar institucional (ou o não-lugar) dessas infâncias e adolescências. Assim, estão postas as bases para esse circuito operar, destinando cada tipo de crise para a institucionalização que lhe cabe (Basaglia, 2010). Dadas as características do processo de exclusão e os estigmas que o engendram, é propiciado o estabelecimento de uma tríade institucional (composta por hospitais psiquiátricos, centros socioeducativos e serviços de acolhimento) envolta por serviços territoriais (da política de saúde, de educação, de assistência social e do sistema de justiça) que a mantém em funcionamento. Braga & d'Oliveira (2022) pontuam que são construídos percursos institucionais diversos para um mesmo circuito, que envolve diferentes instituições interdependentes com a função de custodiar aqueles que ameaçam a norma.

> Com relação a isso, Cruz e Guareschi (2009) trazem a ideia de que as políticas públicas referem-se não somente a um domínio estatal, mas a uma comunidade de interesses. Isso

> significa dizer que, apesar de apresentarem distintos modelos e abordagens em sua atuação, as políticas públicas de juventude mostram-se formas de gerir o sujeito, legitimando uma racionalidade que aponta um movimento de exclusão e docilidade de determinados segmentos da sociedade, no qual a utilização do potencial humano de determinados grupos volta-se para a vantagem estatal (Hadler & Guareschi, 2010, p. 36)

A legislação atual busca romper com o paradigma asilar e de tutela dos corpos desviantes, caracterizando como medidas breves e excepcionais o encaminhamento para serviços de acolhimento, centros socioeducativos e hospitais psiquiátricos (Lei 8.069, 1990; Lei 10.216, 2001; Lei 12.010, 2009). Contudo, analisando os percursos institucionais de Perséfone e Valério, é possível observar que para uma parcela específica da população a exceção se torna regra. A lógica normativa em que estão inseridos os serviços territoriais pode capturá-los para dentro de um circuito no qual os paradigmas anteriores ainda vigoram (Braga & d'Oliveira, 2022).

Hadler e Guareschi (2010), ao recuperarem um antigo artigo de jornal sobre a unidade socioeducativa que estudavam, encontraram algumas autoridades envolvidas no surgimento daquela instituição: o "bispo fundador, o juiz de Menores e o delegado da época", evidenciando a materialização da tríade da institucionalização nessas três figuras: a salvação (por meio da filantropia dos serviços de acolhimento), a lei (sob os auspícios da medida socioeducativa de internação) e a segurança (simbolizada pelos muros dos hospitais psiquiátricos que protegem a sociedade de seus elementos críticos). "Essa trilogia vem determinar como o sujeito jovem deve ser e como deve se comportar nos limites do que é correto e aceito, ou seja, esse trio ajuda a sinalizar as diferentes curvas de normalidade da juventude" (Hadler & Guareschi, 2010, p. 31).

Desta forma, a institucionalização infantojuvenil na contemporaneidade, efetivada por meio da tríade psiquiatria-socioeducação-acolhimento, resguardadas as particularidades, produz efeitos semelhantes aos ecoados em momento histórico anterior, apesar de serem caracterizadas, atualmente, pelos princípios da brevidade e da excepcionalidade. O caráter breve e excepcional não impacta seus objetivos, pois a vigilância e tutela dos corpos se encontram pulverizadas no território por meio de

novos serviços, que apenas encaminham à institucionalização, ainda que reiteradamente, os corpos que escapam a essa nova tecnologia de poder. Tão logo a institucionalização cumpra sua função de punição e docilização, esses retornam aos novos dispositivos territoriais que compõem esse circuito (Foucault, 2005; Basaglia, 2010). Portanto, a institucionalização de crianças e adolescentes de modo geral, e seus encaminhamentos para hospitais psiquiátricos, em específico,

> não se dão apenas porque, por exemplo, determinado serviço de saúde ou da assistência social não dispõe dos recursos para sustentar a não internação ou porque não há diálogo entre a rede de serviços. Mas porque a vida desviante das normas sociais é capturada por um circuito de controle que tem como função custodiar desvios. Assim, o que aparenta ser uma falha no funcionamento de serviços e redes – situações em que se afirma “a rede não funciona” ou “há buracos na rede”, resultando em internações em hospitais psiquiátricos – é, justamente, a lógica do circuito do controle funcionando muito bem (Braga & d’Oliveira, 2022, p. 10).

Neste cenário, para além dos pontos em comum entre as instituições dessa tríade que foram observados e elencados no presente capítulo, há ainda a presença de duas questões de destaque que podem ser verificadas na institucionalização contemporânea do público infantojuvenil, as quais juntas, formam, desta vez, uma díade com características peculiares, composta por saberes que influenciam o circuito de controle e implicam em processos de medicalização e judicialização da vida, os quais serão abordados no capítulo seguinte.

6.2 A DÍADE PSI-JURÍDICA NO CONTROLE DE TRAJETÓRIAS

O termo medicalização é utilizado na literatura para remeter tanto à centralidade da figura médica, quanto à priorização da intervenção medicamentosa para manejar o sofrimento (Yasui & Costa-Rosa, 2008) e está relacionado a uma atuação pautada no modelo biomédico, o qual decorre da influência das ciências positivistas e consiste em uma abordagem técnica fragmentada, reducionista e objetivante do indivíduo (Barros, 2002).

Aqui, utilizar-se-á, preferencialmente, o termo "saber psi" para se referir ao conjunto de saberes que perpassam tanto a área das ciências médicas e psiquiátricas, como das ciências psicológicas e congêneres, contudo, pensando essa terminologia como sinônimo que abarca toda a compreensão e construção de saberes que venham a implicar em processos patologizantes/medicalizantes a partir de uma lógica biomédica na qual as mais diversas categorias profissionais podem se encontrar sob domínio. Trata-se dessa maneira específica "de como o saber se organiza em torno da experiência humana" (Amarante, 2007b, p. 170) e, portanto, quando forem utilizados os termos "poder psiquiátrico", "medicalização", "modelo biomédico", "ciências psis", entre outros, é desse "saber que autoriza e fundamenta essa apropriação da vida" que será falado (Amarante, 2007b, p. 169). É também essa questão que está presente quando, em relação à Perséfone e Valério, os diversos serviços lhes objetivam como "agressivos", "instáveis", entre outros, e lhes sentenciam como problemas sem solução (conforme os registros documentais estudados, sobretudo relatórios e atas de reuniões da rede). Vale mencionar que os desdobramentos desse tipo de abordagem são danosos, conforme expõe Basaglia (2010), ao afirmar que, no vínculo em que o profissional não vê mais saída, ele não se faz mais presente. Diante da impotência, não há relação possível.

De acordo com Mattos, Ramos e Cruz (2019), a biopolítica pode se apresentar sob diferentes roupagens que se estendem desde o imperativo de cuidados, de modo geral, e da saúde, em particular, até os discursos de proteção e segurança que possibilitam a ativação de circuitos disciplinares e de controle, culminando em processos de medicalização e judicialização da vida. Esses dois aspectos, como poderá se verificar, não se constituem como polos distintos, mas como componentes de uma mesma engrenagem, formando uma díade sob a qual os circuitos acima mencionados se firmarão.

Para compreensão dessa díade em relação ao tema da presente pesquisa, é preciso pensar, primeiramente, em como os espaços contemporâneos de institucionalização infantojuvenil se encontram investidos pelo discurso médico. Badaró e Calais (2019, p. 753), ao discorrerem sobre os serviços de acolhimento institucional, expõem que se pode observar uma

crescente (re)produção de práticas patologizantes, principalmente, como dispositivo de controle dos conflitos relacionais existentes nas Unidades de Acolhimento Institucional, tendo por consequência a medicalização das crianças e dos adolescentes institucionalizados, bem como a manutenção das lógicas de disciplinarização e de poder sobre determinadas populações, assim como nos manicômios.

Do mesmo modo, Braga e d'Oliveira (2022), em estudo sobre as internações psiquiátricas infantojuvenis, observaram a presença de uma visão medicalizante por parte de profissionais de um serviço de acolhimento institucional que acompanhavam uma criança que estava internada, sendo solicitado por esses um ansiolítico para o irmão da criança em questão, que se encontrava no serviço de acolhimento, bem como a internação desse – que posteriormente foi efetivada mediante a reiteração do pedido por parte do serviço de acolhimento ao sistema de justiça.

No que se refere aos centros socioeducativos, Bujes (2015) e Silva, Gama e Costa (2019) também encontraram aspectos referentes à patologização e medicalização de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de privação de liberdade. Neste caso, segundo Bujes (2015, p. 65), a medicalização contribui "com a constituição de uma biopolítica estatal voltada ao controle e gestão dos corpos internados", demonstrando compatibilidades com o pensamento de Oliveira e Martins (2020, p. 103) de que "em uma sociedade marcada pela criação de mecanismos sofisticados de governo da vida, o discurso biomédico tem se constituído como um importante aliado".

Por fim, quanto ao hospital psiquiátrico dos dias atuais, Basaglia (2010, p. 246) alertou que, "ainda que atualizado, humanizado, 'medicalizado'", esse permanece firme na propagação do saber biomédico instrumentalizante, mesmo que o faça a partir da operação de novos circuitos.

> Nesse sentido, o hospital psiquiátrico, ainda que modificado e transformado, permanece – enquanto tal – causa de doença, foco de infecção, não só em sua função de reconhecimento-codificação de distúrbio psiquiátrico; não só por estender para o território a cultura e as regras mediante as quais efetua esse reconhecimento e a expulsão que daí resulta; mas também na

medida em que, com sua própria existência, pré-forma os conteúdos da demanda (Basaglia, 2010, p. 246).

É possível verificar, portanto, um massivo processo de medicalização que se coloca como estratégia biopolítica para o controle da vida (Fuganti, 2007). Dessa forma, os processos de "medicalização/psiquiatrização da vida" (Amarante, 2007b, p. 173), uma vez disseminados, podem ser identificados nas instituições e serviços para os quais determinadas infâncias e adolescências são capturadas na atualidade. Esse é o primeiro ponto a ser considerado: o saber psi no exercício do poder e controle sobre a vida dessas crianças e adolescentes.

Em segundo lugar, deve-se observar que há todo um aparato jurídico mobilizado para sustentar essa lógica de funcionamento. De acordo com Mattos et al. (2019), é possível observar também um processo de judicialização da vida por meio da qual a instituição judicial assume a função de mediadora do viver. A judicialização da vida pode ser, dessa forma, "compreendida como um efeito de 'gerenciamento da vida', uma vez que há a apropriação da regulação normativa da vida pelo sujeito de direito ante a função judicante" (Mattos et al., 2019, p. 1749).

Apesar de não se tratar de um movimento recente, Nisiide (2020) expõe que, em um cenário internacional, os aparatos jurídicos se expandiram de maneira mais considerável após a Segunda Guerra Mundial, mediante as necessidades democráticas do período. Vale ressaltar que foi também nesse contexto histórico que as ideias do movimento reformista dentro da psiquiatria ganharam impulso, como já abordado anteriormente (Amarante, 2007a). Da mesma forma, quanto ao cenário nacional, é possível localizar esse movimento a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que situa o poder judiciário como seu depositário, e considerando ainda a abertura democrática para garantia de direitos, cuja efetivação pode ser buscada via judicial. Contudo, a assunção desse lugar institucional implica em uma submissão e dependência das pessoas em relação a essa instância, colocando a população numa posição infantilizada que permite a gestão e o controle da vida por parte do Poder Judiciário, que ascende ao posto da mais elevada autoridade normativa da sociedade.

A população, por sua vez, assume esse papel diante da ausência do Estado em garantir a efetivação de seus direitos, sobretudo no atual momento histórico de ofensiva neoliberal, ocupando-se da condição pueril de tutelado (Mattos et al., 2019; Nisiide, 2020). Essa dinâmica pode ser observada nos registros documentais referentes ao caso de Perséfone, nos quais constam situações em que a família e mesmo a própria adolescente afirmam que buscarão os aparatos jurídicos, seja na pessoa do juiz, seja na da defensora pública ou agente ministerial, bem como quando os próprios serviços territoriais se reportam ao judiciário para solicitação da internação psiquiátrica compulsória tanto no caso de Perséfone quanto no caso de Valério. O que se tem, então, são famílias que recorrem ao judiciário em busca de auxílio e serviços que também recorrem à justiça em busca de respaldo.

Dessa forma, a judicialização, no contexto biopolítico, configura-se como uma técnica de poder da qual os aparelhos jurídicos lançam mão ao exercer o controle dos corpos dos indivíduos para fazer viver e deixar morrer conforme os interesses normativos institucionais e seu mandato decisório. Sendo assim, à maneira da medicalização da vida, a judicialização da vida pode ser considerada um instrumento de intervenção biopolítica enquanto estratégia de controle (Mattos et al., 2019). Conforme aponta Bujes (2015, p. 65) há "a emergência de uma abordagem da juventude selecionada pela justiça juvenil, constituída em torno de uma biopolítica como tecnologia de governo".

Na medida em que as questões do viver regulamentadas em lei adentram a competência dos tribunais (Mattos et al., 2019), o próprio encaminhamento para as instituições medicalizadas geralmente envolve uma determinação judicial (Nisiide, 2020). Desse modo, verifica-se que a tríade da institucionalização infantojuvenil na atualidade pode buscar legitimação no próprio ECA, considerando que tanto as medidas protetivas, quanto as socioeducativas, podem se relacionar à institucionalização infantojuvenil na contemporaneidade, a partir de encaminhamentos para serviços de acolhimento institucional, para internação psiquiátrica e para internação em centro socioeducativo (Bays & Bays, 2020). As medidas de acolhimento institucional e de internação em centro socioeducativo se encontram descritas nos artigos 101 (inciso VII) e 112 (inciso V – internação em estabelecimento educacional) do ECA, respectivamente. Por sua vez, a internação psiquiátrica pode

encontrar respaldo no inciso V do artigo 101, que dispõe sobre a "requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial" (Lei 8.069, 1990). De fato, são esses os artigos e incisos citados nas determinações judiciais referentes às vidas de Perséfone e Valério. No caso das determinações judiciais de internação compulsória, a Lei 10.2016/2001 também é citada.

É preciso lembrar, que os operadores da lei e todo o aparato jurídico-legislativo se encontram organizados em torno da estrutura social, de modo que as decisões dos primeiros podem apresentar uma perspectiva moralizante, uma vez que estão implicadas na visão de mundo que sustentam, bem como na fundamentação técnica da qual se utilizam (Nisiide, 2020). "Em suma, os operadores do direito, pelos seus discursos, contribuem com e são influenciados por uma cultura encarceradora, pois adotam, no mínimo, uma prática conservadora discursiva que dignam à lei ou à jurisprudência, pleiteando uma falsa neutralidade" (S. Silva, 2015, p. 87). Nisiide (2020) sinaliza que a reprodução da sociabilidade vigente por parte do aparelho jurídico, nesse sentido, coaduna com práticas coercitivas e excludentes.

Ao promoverem uma discussão sobre as medidas de segurança (caracterizada pela substituição da pena por tratamento obrigatório), Silveira et al. (2015) destacam que muitas vezes a medida poderia ser cumprida por meio do tratamento ambulatorial, contudo, em geral o que se determina é o cumprimento em hospitais de custódia, por meio de internações psiquiátricas compulsórias de longo prazo. De maneira semelhante, Braga e d'Oliveira (2022) observam que comumente as determinações judiciais relacionadas às medidas protetivas de crianças e adolescentes para tratamento em saúde mental que poderiam se efetivar nos serviços territoriais de atenção psicossocial são cumpridas em hospital psiquiátrico. Mattos et al. (2019, p. 1759) assinalam que "em nome da força estatal, baseiam-se os detentores do poder político para exercer sua força de dominação sobre a sociedade". Isso fornece algumas pistas sobre as formas pelas quais o saber psi e o poder jurídico se interpenetram. De acordo com Mattos et al. (2019, p. 1764):

As técnicas de poder incidem mediante o agenciamento de diversos saberes para fins de produção da população moderna, e que portanto, também estão na base das transformações das práticas jurídicas no Brasil.

O agenciamento entre os saberes psi e jurídico a partir da formação de consensos ocorre há longa data e gira em torno da normatização e exclusão social (Muñoz, 2011). Conforme apontam Hadler e Guareschi (2010), o próprio higienismo mental se funda, essencialmente, na união entre médicos e juristas. No cenário biopolítico, essa união possibilita que o juiz tenha transformado "seu duro ofício de punir" em "belo ofício de curar", tratar, reabilitar, em virtude da normatização que se encontra nas bases desse casamento (Foucault, 2001, p. 29). Por outro lado, a apropriação do saber psi pelo poder jurídico investe de legitimação o primeiro a partir do lugar de poder que ocupa o segundo, que o possibilita se colocar no lugar de emissor do que é verdadeiro para a sociedade (Mattos et al., 2019). Há, portanto, uma simbiose do poder estabelecida. O poder jurídico se ocupa do saber psi que, a partir disso, é validado em seu estatuto de cientificidade. Do mesmo modo, ao se apropriar de um discurso ao qual foi atribuído o estatuto de cientificidade, o poder jurídico ratifica sua função de ditar as verdades, transformando ambos os discursos tanto em discurso de poder quanto em discurso de verdade (Silveira et al., 2015).

Amaral e Angel (2018) discorrem sobre como as áreas psis foram ocupadas pelos aparatos jurídicos e, em contrapartida, também os investiu com seus códigos. Nessa perspectiva, uma apropriação do discurso médico é encontrada quando a autoridade judicial, ao determinar a internação psiquiátrica compulsória de Valério, afirma que “são notórias as gravosas consequências advindas da ausência de tratamento específico aos portadores de esquizofrenia. Além de ser situação de risco ao próprio paciente, a não internação pode agravar a situação vivenciada pelo adolescente, gerando risco à coletividade” (excerto de determinação judicial), bem como, a decisão judicial acerca de sua alta hospitalar na qual consta que “mesmo com a significativa melhora do estado clínico do adolescente, se encontra, aparentemente, em situação de risco, vistos o comprometimento de sua integridade psíquica” (excerto de determinação judicial). Do mesmo modo, menciona um “comprometimento da

condição mental" de Jane para justificar uma medida de proteção de Perséfone. Em contrapartida, foram encontradas, no decurso da presente pesquisa, atas de reuniões da rede que se valem de termos como "situação fática"[10] em sua redação, bem como os mais diversos registros documentais, elaborados pelos serviços territoriais, nos quais, à maneira dos documentos emitidos pelo judiciário, as mães são referidas por esses predominantemente pela utilização da alcunha de "genitoras". Destarte, são observados um poder jurídico medicalizado e um saber psi judicializado.

Por conseguinte, é verificado que o discurso jurídico, ao se efetivar como norma, estabelece uma operacionalização da lei permeada por técnicas de poder que unem o direito a outras formas de saber que a ele se assemelham quanto à produção de normatizações. Nota-se, portanto, um aparato jurídico que convoca o saber psi e dele demanda para que se possa formar uma rede de poder articulada e propiciada pela radicalização biopolítica, se disseminando como vigilância, controle e disciplinamento (Mattos et al., 2019). Em contrapartida, o saber psi assume essa função que lhe é designada, pois, conforme aponta Munõz (2011, p. 1), "o saber psiquiátrico só pôde se constituir/legitimar em meio a uma 'rede de acordos' sóciohistóricos com outros saberes (poder executivo, legislativo, judiciário, a polícia, etc.) que demarca a dinâmica do exercício do poder". Considerando sua composição, esse poder é, sobretudo, um poder que de maneira simultânea, disciplina o corpo e regulamenta a vida (Mattos et al., 2019).

Nesse sentido, em análise sobre as internações psiquiátricas compulsórias de adolescentes, Reis, Guareschi e Carvalho (2015) observam que os processos judiciais contêm a forma como ocorre uma patologização e culpabilização familiar por parte dos técnicos. Nos arquivos documentais analisados nesta pesquisa, essa situação é impressa por meio de uma determinação judicial de internação compulsória de Valério, embasada em laudos técnicos:

> o Laudo médico demonstra que o adolescente possui diagnóstico prévio de esquizofrenia (CID 10 F20.9), motivo pelo qual apresenta comportamento de risco, agressividade intensa,

---

[10] Termo empregado na área jurídica em referência a algo que possa se considerar real ou uma situação de fato.

> ameaças e outros desvios de conduta graves. Em razão disso, foi solicitado pela própria equipe médica a internação e tratamento do adolescente em regime integral, a fim de preservar a vida do paciente e de terceiros . . . O relatório elaborado pela equipe do CAPSi destaca que o adolescente não adere a nenhuma medida aplicada e se recusa a realizar os acompanhamentos psiquiátricos. A genitora, por sua vez, é omissa ao não conduzir a situação da forma adequada, qual seja, administrando os fármacos indicados ao adolescente (excerto de determinação judicial).

Esse excerto demonstra como se estabelece e opera essa díade voltada à normatização, disciplinamento e controle, camuflados em um discurso de proteção e cuidado.

> Essa desqualificação da família constitui-se em um verdadeiro extermínio feito pela ciência, em especial, pela Psicologia e pelo Serviço Social, de forma tão potente que pouco resta à família a não ser sua redução àquilo que é dito por esses especialistas e a desistência de sua função em nome do Estado, que passa a ser legitimado como aquele que sabe e pode dar proteção a crianças e adolescentes (Reis et al., 2015, p. 397).

Do mesmo modo, Nisiide (2020) aborda o enclausuramento de sujeitos pelo poder jurídico e sobre como os técnicos, por meio de seus relatórios, subsidiam e corroboram com as modalidades de confinamento e vigilância dessas pessoas. Segundo Amaral e Angel (2018, p. 413), "assim como o judiciário", o saber psi manuseia, historicamente, "um poder de sequestro". Nos casos analisados, pôde-se verificar a efetivação desse poder de sequestro tanto por parte do saber psi, quanto por parte do poder jurídico e do intercruzamento entre ambos. Na primeira situação, pode ser citado como exemplo o fato de que Perséfone ficou internada em um hospital psiquiátrico distante, aproximadamente, 480 km de sua cidade de origem. Valério, por sua vez, ao término da coleta de dados para essa pesquisa, estava sendo encaminhado para um hospital psiquiátrico localizado a cerca de 550 km de sua cidade de origem.

Por parte do judiciário, esse poder de sequestro é ilustrado em um mandado de busca e apreensão emitido pela autoridade judiciária em relação a Valério, no qual se determina que o oficial de justiça

> proceda, acompanhado e auxiliado pela equipe técnica profissional indicada pela secretaria municipal de saúde e da polícia militar, a busca e apreensão do adolescente Valério . . . e a consequente entrega à equipe técnica profissional da secretaria municipal de saúde, para que seja internado compulsoriamente (excerto de determinação judicial).

Por fim, o intercruzamento desses saberes e poderes é explicitado no trecho do termo de audiência referente à Perséfone, da qual participaram os serviços que compõem a rede:

> em comum acordo entre todos os presentes em audiência, entendeu-se por bem, manter o afastamento de qualquer pessoa em relação a Perséfone, proibindo-se o contato por qualquer meio, já que a equipe técnica entende que por ora a melhoria do seu quadro clínico e afastamento da situação de risco depende do isolamento pleno da adolescente. Toda e qualquer aproximação de terceiro em relação a Perséfone, em especial familiares, dependerá de avaliação positiva da rede envolvida, bem como de manifestação favorável do Ministério Público e da defesa e decisão judicial expressa nesse sentido (excerto de termo de audiência).

Nos excertos acima, extraídos dos arquivos analisados na presente pesquisa, resta evidenciado não apenas o poder de sequestro dessa díade, como também o modo pelo qual seus componentes se interpenetram e se cruzam para operar técnicas disciplinares e de controle. De acordo com Mattos et al. (2019, p. 1758), há implicado nesse processo um movimento de

> confiscar a vida e investir numa determinada tecnologia da verdade, no qual a lei agora enquadrada por mecanismos de vigilância e correção. Disso decorre que a disciplina não reduz a referência à lei, mas a desdobra, ou seja, faz com que a lei vincule a vigilância e a correção disciplinares em um mesmo processo.

É ilustrativa, nesse sentido, a determinação judicial de que os serviços territoriais façam o acompanhamento da família de Perséfone por meio de visitas para “supervisão constante” em

domicílio, com periodicidade diária e “apresentação de relatórios em juízo referentes a cada visita” (excertos de determinação judicial). O exercício de vigilância e controle por parte dos serviços territoriais continua sendo reconhecido em relação a esse caso quando, a rede, com o poder que lhe foi outorgado pelo aparato jurídico, enfim permite o contato de Perséfone com sua mãe:

> A rede, de comum acordo, sugere que a família seja autorizada a manter contato telefônico com Perséfone, de forma SUPERVISIONADA, a ligação deverá ser agendada de acordo com a agenda das instituições e a família será comunicada da data. A ligação deverá ser em viva voz na sede da instituição. Entende-se que neste momento deverá ser priorizada que Jane faça contato com Perséfone, que os contatos sejam condicionados ao cumprimento das orientações da Rede de Proteção. Se a equipe da instituição perceber que o discurso está inadequado durante a ligação, a mesma será interrompida. Se a equipe perceber que a família não está cumprindo os combinados ou que o contato está sendo prejudicial à Perséfone, também será informado o Judiciário e interrompido os contatos entre genitora e a adolescente (excerto de ata de estudo de caso da rede de proteção enviada ao poder judiciário).

Destaca-se que o grifo e as letras garrafais são apenas transcrição literal de como o próprio documento foi redigido e se apresenta, contudo, contribuem para evidenciar os processos de vigilância, correção, disciplinamento e controle operacionalizados pela díade do poder psi-jurídico.

Observa-se, dessa forma, a tríade da institucionalização infantojuvenil na contemporaneidade construída a partir do estabelecimento de circuitos de vigilância e controle operados pela díade do poder psi-jurídico sob domínio de estratégias biopolíticas. Nesses circuitos, contudo, à medida que essas duas técnicas se aproximam também podem se chocar. Muñoz (2011) afirma que conforme o poder jurídico vai adentrando a vida, tensões são instaladas em decorrência dessa invasão a partir de diversos arranjos possíveis entre os atores sociais. Esses diferentes arranjos tensionais podem ser observados, no caso de Perséfone, quando Jane, sua mãe, durante atendimento familiar no CAPSi, se apresenta “bastante queixosa em relação ao poder judiciário” (excerto de registro em prontuário), quando Perséfone recebe alta da internação psiquiátrica e durante atendimento no CAPSi menciona

insatisfação com o médico que solicitou seu internamento e com a equipe da instituição de acolhimento por não lhe disponibilizar informações, bem como quando há prejuízo do vínculo entre a família e os serviços territoriais devido ao andamento judicial do caso (em registro no prontuário, consta que a família compareceu ao CAPSi "após conversa com a defensora pública para manifestar indignação com as informações obtidas acerca da reunião de rede"). Constata-se, portanto, a criação de tensões entre sujeitos e serviços, entre sujeitos e aparato jurídico, mas também entre aparato jurídico e serviços.

> . . . o poder judiciário, para formar sua convicção, cuja emanação pode-se acompanhar da ativação de um sistema microfísico de poder a fim de garantir a obrigação da obediência, utiliza-se de uma matriz de racionalidade biopolítica cujo regime de verdade se procedimentaliza na forma do exame com fins de normalização. Foucault deixa explícito como as diferentes parcelas da população ocupam determinadas instituições, que se destinam a "defender a sociedade". Diante disso, fica evidente uma lógica de governo que efetivamente produz uma cisão. Ou seja, de um lado, os que ameaçam a sociedade, aos quais muitas instituições se destinam; de outro, a própria sociedade, criando uma forma de viver que consiste em uma produção de tensão permanente (Mattos et al., 2019, p. 1763).

Um arranjo tensional específico pode ser observado, nesse sentido, entre esses dois saberes inscritos no mesmo dispositivo de poder. Muñoz (2011) situa as dimensões do confronto entre o saber psi e o poder jurídico desde o início desse intercruzamento e em diferentes contextos históricos. Menciona que na França da *Belle Époque*, o relacionamento entre psiquiatras e juristas poderia ser caracterizado como passional, o que permite compreender as diferentes tonalidades dessa relação de força que é permeada por conflitos e alianças. De maneira geral, os conflitos giram em torno do papel de prescritor das verdades ocupado pelos juristas e da necessidade do saber psi de se afirmar enquanto detentor da verdade sobre a loucura. O autor menciona que, no Brasil, o fato de o juiz, mesmo dispondo do embasamento de outros saberes, ser o dono da decisão final, a qual pode inclusive ir em

desacordo com os pareceres, é o que gerava insatisfação por parte dos médicos nos primórdios dessa aliança, observando uma assimetria do poder nessa díade.

Nos dias atuais, são observadas algumas continuidades desse desnivelamento, a partir das figuras do técnico e do juiz. Pode-se citar o caso de Perséfone, na situação em que a rede apresentou relatório em que se posiciona de maneira contrária ao retorno dela para o acolhimento institucional de maneira forçada. Em decisão emitida mediante esse documento, a autoridade judiciária afirma que, considerando a manifestação dos órgãos da rede, "com a responsabilidade pessoal de cada profissional", aplicará outras medidas de proteção diversas ao acolhimento, "tudo conforme sugerido pela rede de proteção, já que afirmam, sob responsabilidade pessoal, serem estas suficientes e necessárias para garantir a saúde e integridade da adolescente, com o melhor para seus interesses" (excertos de decisão judicial). Pelo juiz é ocupada, portanto, a confortável posição de possuir o mandato decisório, mas ao mesmo tempo não ser responsável pelas consequências deste, que serão de responsabilidade pessoal de cada profissional que lhe forneceu o seu saber para o exercício do poder. O juiz tem o poder de fazer o que deseja com o corpo social como um todo, incluindo os técnicos e se valendo destes. Pode, por exemplo, nomear "a pessoa" dos técnicos da saúde e da assistência social para exercer a curatela de Perséfone, determinar que os serviços territoriais participem de procedimentos de busca e apreensão dos adolescentes para internação compulsória (no caso de Valério) ou para retorno ao acolhimento institucional (no caso de Perséfone), que o serviço de saúde apresente ao judiciário estudo econômico da família de Perséfone "no prazo de até 48 horas, sob pena do crime de desobediência, devendo ser intimada pessoalmente a coordenação, o psiquiatra e a assistente social" (excerto de determinação judicial), e que o serviço de assistência social proceda com avaliações que seriam de responsabilidade da equipe técnica judiciária. Apesar da pessoalidade dessa expressão do poder (observada quando "a pessoa" do técnico da política de assistência social é nomeada para curatela, quando se determina a intimação "pessoal" da coordenação e dos técnicos da política de saúde e na responsabilização "pessoal" de cada profissional da rede), essa também se apresenta, em determinados momentos, de maneira impessoal, porque o judiciário pode, inclusive,

demonstrar sua força ao afirmar que "a natureza da decisão de internação é mandamental. Neste caso, eventual descumprimento voluntário pelo Estado do Paraná acarretará apenas o cumprimento forçado pelo próprio Estado-Juiz por outros meios" (excerto de manifestação da autoridade judiciária referente à decisão judicial de internação psiquiátrica compulsória de Valério). Mediante tantas pessoalidades, inevitável que se indague quem seria a "pessoa" implicada na figura do Estado do Paraná, nesse caso. Algumas pistas dessa indagação podem ser fornecidas por Nisiide (2020) que, ao resgatar atas de reunião da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná, destacou manifestações dos secretários municipais de saúde acerca da

> imposição judicial exercida sobre o poder público que foi explicitada na Ata da 3ª Reunião da Comissão Intergestores Bipartite do Paraná em 2007, ao relatar que há "pressão por parte do juizado da criança ou do adolescente, em demandas exigindo o internamento em 48 horas" (Paraná, 2007, p. 10), e que em caso de descumprimento o gestor poderia ser preso (Nisiide, 2020, p. 79).

Nesse sentido, se o saber psi "surge como uma estratégia utilizada pelo Estado no âmbito da política" (Mattos et al., 2019, p. 1753), as tensões entre o aparato judiciário e o Estado podem também ser compreendidas como uma tensão entre o saber psi e o poder jurídico. Entende-se que essa correlação de forças pode aparecer de variadas maneiras, ora de forma impessoal, ora com pessoalidade explícita – na figura de gestores e técnicos. Nesses casos, Badaró e Calais (2019, p. 752) assinalam que, mediante as responsabilizações e ameaça de ser sentenciado a "pena de crime de responsabilidade", alguns excessos podem ser cometidos pelos serviços, sob a influência de "cobranças e fiscalizações, às vezes contraditórias, do sistema de garantia de direitos, inclusive do judiciário".

Os técnicos, contudo, em que pese a distribuição irregular de poder nessa díade, participam ativamente desses impasses. É possível encontrar excertos de relatórios multiprofissionais nos quais são empreendidas tentativas de impor limites no poder exercido pelo judiciário, de modo a se reafirmar enquanto tecnologia com seus próprios domínios e designações. É o que se observa quando

o serviço de saúde, apesar de cumprir a determinação de estudo socioeconômico, esclarece no relatório do referido estudo que não tem a competência de discorrer sobre a rentabilidade econômica de seus assistidos por ser uma política universal. Do mesmo modo, a assistência social pontua, nos relatórios psicossociais, que o poder judiciário, por lei, deve prever em seu planejamento orçamentário os recursos para uma equipe de assessoria técnica psicossocial do Tribunal de Justiça, a quem deveriam ser encaminhadas as demandas que naquele momento eram requisitadas à política de assistência devido à ausência dessa equipe técnica no Poder Judiciário da comarca.

Pode-se constatar, portanto, tratar-se de um campo de disputas e dissensos, porém, com um apoio institucional recíproco quanto ao controle dos corpos e gerenciamento da vida, que acaba sendo também o que está em disputa nessa díade do poder.

> apesar da relação tensa e ambígua entre os dois saberes, havia um ponto de encontro entre eles: ambos faziam parte da delimitação da normatividade social e do sistema disciplinar moderno; cada qual, com seu lugar específico, acabavam por contribuir para que as técnicas de normalização tivessem eficácia (Muñoz, 2011, p. 10).

Muñoz (2011) evoca, contudo, o fato de que as categorias de médicos e juristas não constituem dois únicos aglutinados de componentes uniformes e homogêneos. Da mesma forma, ressalta que as bordas dos territórios onde cada um desses saberes opera seu poder são dinâmicas e borradas, ora se distanciam, ora se invadem de diferentes maneiras. “Se por um lado essas zonas de borda permitem que os saberes se apoiem uns nos outros, por outro, são a razão das disputas pela ampliação ou rediscussão dos limites entre eles” (Muñoz, 2011, p. 10).

> Finalmente, para problematizar a questão destes jovens e da sua relação com o Estado e com a medicalização, ao adotarmos uma perspectiva de interseccionalidade política, podemos extrapolar as fronteiras disciplinares dos saberes que o envolvem, e que o tratam em uma dimensão única e totalizante, para considerá-los, como elementos fronteiriços que são, produtos de saberes, arranjos e representações múltiplas, performatizadas em suas relações

com o Estado e com as atuais tecnologias de gestão dos corpos na sociedade contemporânea (Bujes, 2015, p. 66).

Dessa maneira, há uma juventude específica que vive em meio a esse campo de disputas. Ora como corpo medicalizado, ora como vida judicializada, ora como sujeito psi-jurídico. São seres da borda, das margens para as quais foram empurrados e nelas (re)existem, entre fissuras e brechas, fora das quais são capturados, amplamente estudados, cirurgicamente categorizados e duramente disciplinados. Acerca deles são produzidas espécies de dossiês, extensos arquivos supridos por esses dois saberes de modo a garantir o controle dos corpos e a gestão calculista da vida (Mattos et al., 2019).

CONCLUSÃO: RECALCULANDO A ROTA PARA CARTOGRAFAR OUTROS PERCURSOS POSSÍVEIS

Despencados de voos cansativos
Complicados e pensativos
Machucados após tantos crivos
Blindados com nossos motivos
Amuados, reflexivos
E dá-lhe antidepressivos
Acanhados entre discos e livros
Inofensivos.
Será que o sol sai pra um voo melhor?
Eu vou esperar, talvez na primavera.
O céu clareia, vem calor
Vê só o que sobrou de nós e o que já era.
Em colapso o planeta gira, tanta mentira
Aumenta a ira de quem sofre mudo.
A página vira, o são delira, então a gente pira
E no meio disso tudo, 'tamo tipo...
Passarinhos
Soltos a voar dispostos
A achar um ninho
Nem que seja no peito um do outro
(Passarinhos – Emicida)

Acerca da Reforma Psiquiátrica, Basaglia (2010) chama a atenção para o fato de que a palavra "reforma" pode vir a limitar a compreensão desse amplo e complexo processo a uma mera alteração da forma como se apresenta determinada estrutura – o aparato manicomial – sem que, de fato, se modifiquem suas bases. Nesse sentido, conforme aponta Amarante (2007b, p. 173), há um risco de "reduzir a Reforma Psiquiátrica à mera reforma de serviços. Se não tivermos em mente que falamos de uma ruptura paradigmática, poderemos criar muitos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sem avaliar que tipo de trabalho está sendo desenvolvido nesses lugares". O autor ressalta que é inegável

a necessidade e importância desses serviços, contudo, também se faz necessário que eles sejam avaliados. Defende, portanto, que tais avaliações sejam realizadas justamente por grupos que compreendem a relevância dos CAPS, de modo que se cumpra o objetivo de proporcionar melhorias em vez de justificar desmontes.

Os caminhos da institucionalização infantojuvenil na contemporaneidade, percorridos no presente trabalho, colocam em questão a necessidade de que, dentre os debates promovidos em relação à Reforma Psiquiátrica, seja resgatada a noção de que desinstitucionalizar não é sinônimo de desospitalizar. Venturini (2016) menciona que esse é um tema recorrente e que de fato precisa ser constantemente pautado, de modo que a desinstitucionalização almejada pela Reforma Psiquiátrica não se satisfaça apenas a partir da desospitalização dos sujeitos, mas que se atenha à superação da operacionalização de circuitos de poder nas práticas assistenciais. A desinstitucionalização, nesse sentido, envolve uma transformação das relações de poder existentes. Para tanto, é preciso que essa transformação perpasse as perspectivas de cuidado e a dinâmica dos cotidianos institucionais (Freitas, 2007).

> Este é um grande desafio, porque quando estamos ocupando espaços na máquina de Estado, tendemos a atuar apenas como "simples agentes de Estado", não fazemos estas conexões. Nós não podemos ficar agindo apenas como funcionários do Estado. O funcionário de Estado cumpre regras, cumpre trabalhos, cumpre responsabilidades, e, infelizmente, muitas vezes age como "funcionário do consenso", como Gramsci diria. Isto é, produz a ideologia em que a norma imposta por uns é apresentada como natural-racional para aqueles a quem foi imposta (Tykanori, 2007 p. 127).

Conforme elucidado por M. Silva (2007, p. 120) "a questão que nos une a todos os que trabalhamos nesse campo é que somos co-gestores do governo da pessoa, daqueles sujeitos sociais cuja capacidade de se governar está sendo posta em dúvida". Nesse lugar de cogestão, torna-se difícil identificar as reproduções dos mecanismos de poder, de modo que há a necessidade de se assumir um posicionamento radical de negação dos manicômios (A. Lima, 2007).

Em vista disso, para resgatar sua radicalidade antimanicomial, o movimento de Reforma Psiquiátrica deve resgatar, também, o seu

> patrimônio de "idéias esquisitas" – nossas idéias de que não basta humanizar, não basta desospitalizar porque "não queremos só comida! Queremos diversão e arte!" Não queremos para os nossos loucos apenas que os hospitais psiquiátricos ou leitos em hospitais gerais sejam mais assépticos. Queremos que eles possam vir para a cena, para a condição de sócios da sociedade. Está é a ideologia antimanicomial, que não se satisfaz com Reforma Psiquiátrica tomada como mera desospitalização, não se satisfaz com Reforma Psiquiátrica tomada pela mera organização de alguns dispositivos humanitários que mediam, mais ou menos, a relação entre esses sócios agora, admitidos como sócio, mas como uma espécie de sócios de segunda categoria, para ser loucos bastante normalizados, nos aparelhos constituídos para a normalização e para a estabilização (M. Silva, 2007, p. 122).

Dessa forma, é imperativo que o mapeamento dos trajetos da Reforma Psiquiátrica brasileira e da assistência às crianças e adolescentes se coloque como ferramenta para uma construção crítica de percursos futuros, de modo a superar as fragilidades constatadas e promover as transformações que o arcabouço legal brasileiro, por si só, não pode efetivar.

Amarante (2007a), ao defender a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, discorre acerca de quatro dimensões que a compõem: teórico-conceitual (desenvolvimento de novas formas de se pensar e se estudar a loucura), técnico-assistencial (as modalidades e dispositivos de cuidado), jurídico-política (aparato legal de proteção e garantia de direitos) e sociocultural (a relação que a sociedade estabelece com a loucura). Nessa perspectiva, o autor enfatiza a importância da dimensão sociocultural da RPb ao afirmar que essa, particularmente, dispõe de um potencial transformador quanto às possibilidades de empreender avanços em todas as demais dimensões devido à capacidade de problematizar e combater os estigmas sociais relacionados à experiência da loucura através de ações concretas que promovam modificações no imaginário social e, por consequência,

leva ao desenvolvimento também das dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial e jurídico-política.

> Lembremos que a criação da cultura manicomial só foi possível no Brasil após um longo processo de colonização do imaginário social, que delimitou o que seria normal e o que seria patológico . . . No Brasil, a associação normalidade e progresso, além de garantir a criação dos asilos, também foi responsável pela reconfiguração de uma esfera pública, que se tornou cada vez mais incapaz de suportar a diferença, apreendida como doença (Ferreira de Lima, 2010, p. 175).

Tratando-se da dimensão teórico-conceitual, entende-se que os currículos das universidades ainda precisam evoluir para formar profissionais alinhados ao atual paradigma. Contudo, ressalta-se que, para além da formação profissional, há ainda implicada uma necessidade de investimento na formação humana, voltada ao desenvolvimento de uma sociedade com redes afetivas mais justas e solidárias (Ferreira de Lima, 2010), componente essencial da dimensão sociocultural da RPb. Do mesmo modo, o avanço na dimensão jurídico-política da Reforma não garante por si só o avanço das demais dimensões. Considerando a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, entende-se que a mesma não se consolida apenas através da produção de conceituações teóricas, promulgações legislativas e criação de novos serviços, mas deve, sobretudo, ater-se à importância do movimento político e de luta para garantia de direitos, bem como a adoção de práticas voltadas para as transformações do imaginário social, visando combater a cultura de exclusão e a reprodução de estigmas (Amarante & Torre, 2017).

Quanto às possibilidades de intervenção nesse sentido, Figueiró e Dimenstein (2010) defendem a construção de uma nova clínica, capaz de superar a clínica individual e a sua função de controle dos corpos. Delgado (2007) reafirma essa necessidade e ressalta que tal construção deve ser permanente. O autor conceitua essa clínica como uma clínica política, histórica e direcionada a sustentar os diversos espaços de cuidado, com enfoque no território. Dessa forma, trata-se de uma clínica política por ser voltada à inclusão social (questão essencialmente política em um país

estruturalmente desigual) e desenvolvida no âmbito de uma política pública, da saúde pública. As políticas públicas, por sua vez, são construções históricas e a clínica se desenvolve no atual contexto e em face a essa historicidade, em situações concretas de um dado espaço e momento. Sendo assim, essa clínica política, histórica e territorial, por privilegiar a atuação no território enquanto local de produção de vida, abrange questões da vida que antes eram consideradas externas à clínica. Trata-se de uma clínica do cotidiano, que aborda inclusive a banalidade do cotidiano, questões que antes eram deixadas de fora da clínica, consideradas de importância menor (Delgado, 2007). Trata-se, portanto, de uma clínica menor.

> A clínica maior está presente nas instituições, nas academias e perpetua os lugares demarcados do terapeuta que tudo sabe e do cliente que nada sabe, tratando de verdades irrevogáveis. A clínica menor, por sua vez, é em si transformadora, dispositivo de resistência, efetuando-se no molecular, nos encontros com os clientes, no uso da sensibilidade do terapeuta para possibilitar novas formas de expressão. A clínica menor devém minoritária e por isso mesmo resiste às formas atuais de poder. A clínica menor coexiste com a clínica ampla, ou talvez seja apenas um outro nome para o mesmo processo de desterritorialização, de subjetivação, de emergência do agenciamento coletivo da enunciação, de irrupção de um novo território existencial (Romagnoli, 2007, p. 104).

Conforme apontam Figueiró e Dimenstein (2010, p. 440), "precisamos nos dar conta de que a reforma psiquiátrica exige que a clínica saia dos espaços instituídos de seu exercício, que se arrisque a produzir movimentos diversos na sociedade, enfim, que seja uma clínica nômade". Esta perspectiva de clínica, contudo, difere-se da clínica ensinada majoritariamente nas universidades. Há um claro descompasso entre a formação acadêmica e a atuação psicossocial. Neste cenário, "entregar-se à subjetividade manicomial, que enclausura a vida na repetição, é um risco constante" (Romagnoli, 2007, p. 101). Desta forma, a atuação psicossocial exige atenção redobrada aos detalhes cotidianos, pois é no cotidiano que se expressam as continuidades dos processos de manicomialização: no âmbito micropolítico, nos discursos, nos olhares e nos pequenos acontecimentos (Figueiró & Dimenstein,

2010). Isso requer uma vigilância epistêmica constante, de modo que as ações assistenciais sejam seguidas de reflexões que permitam reinvenções (Barbosa et al., 2016). Dessa forma, os trabalhadores da saúde mental, levados a trabalhar no limiar da institucionalização, estão incumbidos da difícil tarefa de garantir, localmente e cotidianamente, os pressupostos previstos na legislação e na PNSM (Ramminger & Brito, 2011).

A caminho de uma conclusão, um alerta se faz necessário para que se possam ser tecidas algumas considerações finais acerca dos caminhos da institucionalização infantojuvenil na atenção psicossocial contemporânea: no jogo de forças em que se inserem os serviços territoriais não existem algozes. A complexidade da vida e do território não se permite ser lida por lentes maniqueístas que simplificam suas questões para esconder as contradições inerentes à organização social presente nesse contexto. Ao contrário, para compreensão e superação dos impasses cotidianamente vividos no cerne desses serviços, é preciso dialetizar o mundo, viver dialeticamente suas contradições (Basaglia, 2010). Suportar as contradições implica em compreender que não se é uma coisa ou outra, mas uma coisa e outra. Assim, sendo uma coisa, também é possível ser outra (Barreto, 2007). Para superação dos processos de objetivação e enclausuramento da parcela da população infantojuvenil aqui abordada, é preciso, portanto, uma ação contínua no sentido de

> tensionar as contradições que se apresentam no cotidiano, de modo que as delegações de custódia e controle que a sociedade deposita no aparelho de Estado, possam ser cumpridas, porém não da maneira costumeira, mas atuando de modo criativo e transformando as costumeiras relações de força em relações de conversações, de cooperação, de convencimento (Tykanori, 2007, p. 127).

Sob essa perspectiva, há um movimento dialético específico que adquire centralidade: trata-se da produção de vida em oposição à regulamentação da vida. A questão do biopoder e da biopotência, que consiste em um contraponto importante para o desenvolvimento de práticas de resistência nesse campo. De acordo com Pelbart (2011), Michel Foucault já assinalava o paradoxo de

que as forças de resistência atuam a partir do mesmo objeto tomado pelo poder, ou seja, quando o poder investe a vida, a resistência emerge a partir da mesma vida que pelo poder é investida.

Mas de que maneira, em um contexto em que o capital se apropria da vida, seria possível lançar mão de um capital de vida para produzir novos percursos? "Como usar a biopotência para nos contrapormos ao biopoder e redesenhar o poder sobre a vida?" (Gaio, 2019, p. 50).

> Como construir o comum a partir dessa biopotência, dessa potência de vida da multidão? Eu diria assim: a multidão, essa multidão heterogênea, essa potência de vida é um reservatório de possíveis. Por vezes, temos dificuldade em enxergar esses possíveis, tão soterrados que estamos pelas formas de dominação hegemônicas (Pelbart, 2007, p. 17).

Mas não porque nem sempre são enxergados, passam a ser menos possíveis. Estão presentes, por exemplo, quando o CAPSi acompanha Valério ao dentista ou ao estabelecimento educacional para efetivar sua matrícula escolar. Estão presentes quando o CAPSi conversa com a instituição de acolhimento para verificar a possibilidade de flexibilização de suas normas e exigências que Valério se vê impossibilitado de tolerar. Estão presentes quando o CAPSi intervém junto à escola de Perséfone para que ela possa continuar ocupando o ambiente escolar e quando adota outras estratégias de modo a evitar sua internação psiquiátrica. Quando o CAPSi oferta banho, alimentação e um cuidado digno a Valério. Quando visita seus usuários no hospital geral e na unidade de pronto atendimento. Quando mantém contato com eles mesmo durante o período de internação psiquiátrica. Está presente em toda prática insurgente e insubordinada ao saber-poder que não permite outras possibilidades assistenciais e existenciais para além daquelas prescritas com fins normativos.

> O desafio biopolítico é dar a ver a biopotência, abrir-lhe o paço, porque ao lado do poder há sempre a potência e ao lado da dominação há sempre a insubordinação. Então, diz Peter, é necessário cavar a partir do mais baixo, ali onde estão os mais pobres, os que mais sofrem, onde há menos poder de ação... mas há poder de ação! Tal operação deverá ter a virtude, adiantamos, de enlaçar as modalidades de deserção ativa à experimentação como potência coletiva. Porque tudo isso é a vida e não a morte (Gaio, 2019, p. 51).

Se, conforme exposto, o paradigma asilar consiste na restrição de vida e redução das possibilidades existenciais dos sujeitos enclausurados nas instituições totais (Goffman, 1961), a atuação psicossocial, ao buscar uma ruptura paradigmática, deve apostar na produção de vida e ampliação das possibilidades existenciais (Amarante, 2007b; Lancetti, 2008). “Ao aceitar o caráter paradoxal, a equipe do Caps aposta sua potência de produção de saúde mental e de saúde, incluída a saúde dos próprios trabalhadores de saúde mental” (Lancetti, 2008, p. 52). Essa premissa fornece pistas para a construção de outros percursos possíveis na assistência à infância e adolescência. Reitera-se, portanto, a necessidade de que seja construída uma nova concepção em relação à saúde mental desta parcela da população infantojuvenil. Essa transformação das concepções e relações estabelecidas encontra um caminho possível no plano micropolítico, por meio das problematizações acerca da microfísica do poder, ou seja, na atenção aos detalhes e na implicação de uma autocrítica em relação ao fazer profissional cotidiano, uma vez que “os grandes acontecimentos históricos partiram da vida cotidiana e a ela retornam” (Yasui, 2010, p. 160).

Conforme apontado anteriormente, a parcela da população infantojuvenil abordada no presente estudo é composta por seres da borda, das margens, que existem nas fissuras e brechas. Do mesmo modo, é possível compreender os próprios trabalhadores da atenção psicossocial enquanto coabitantes dessas brechas. De acordo com Lancetti (2008, p. 104) “o terapeuta é quem vai habitar o limite, a tensão própria do trabalho antimanicomial. Trabalho no qual se substitui o muro do hospício pelo corpo do terapeuta”. Esse corpo precisa tolerar as situações-limite às quais é submetido, mas é também nos limites, nas margens e nas brechas que se abrem que sua autêntica existência é possível dentro do paradigma psicossocial. “A experiência de desconstrução manicomial nos ensinou a importância do dentro e do fora do estabelecimento, das bordas como espaço privilegiado de produção de subjetividade cidadã” (Lancetti, 2008, p. 51).

É por esse motivo que o CAPS precisa sair do CAPS e habitar o território em que se encontra inserido. De acordo com Delgado (2007), a atenção psicossocial pode ser compreendida como uma clínica do território. Aceitar essa compreensão, contudo, gera indagações e angústias.

> Porque o território é também desamparo. O território não nos garante nada. O território é um desamparo absoluto. Ele está fora daqueles lugares que nos asseguram o exercício da clínica naquelas tradições nas quais fomos formados: o consultório, o ambulatório, o hospital psiquiátrico, a emergência. O território é, ao mesmo tempo, aproveitando a lembrança inevitável do Guimarães Rosa, o território... "é o mundo". Se o território é o mundo, se o território é o sertão, ele tem que ser apropriado permanentemente. Esta apropriação é a clínica. Esta apropriação não se dá como uma condição para a clínica. Ela é a clínica mesma. Porque é nesse lugar do território que construiremos o espaço, o lugar social da loucura (Delgado, 2007, p. 61).

O trabalho assistencial, dessa forma, consiste em transformar o território em espaços de produção do cuidado. Essa, contudo, não é uma tarefa simples: transformar em local de cuidado um território que, a exemplo do território da presente pesquisa, foi desenhado por traçados conservadores que se interpõem à própria efetivação desse cuidado reinventado (Delgado, 2007). Por esse motivo, trata-se também de uma atividade que se realiza nas brechas e, por meio delas, há a possibilidade de que, no entremeado de percursos da atenção psicossocial, promova-se um alargamento no qual o ir e vir se torne um devir (Lancetti, 2008). A clínica psicossocial pode ser compreendida, portanto, como uma clínica do devir, visto que

> é clínica que não está posta, é uma clínica que está por vir. Está sendo feita em ato, e gerando bastante angústia na gente que trabalha lá e não sabe mesmo como fazer. A gente que está aprendendo, aprendendo com o usuário como fazer, aprendendo com o colega, aprendendo com o auxiliar de Enfermagem como fazer, aprendendo com os diversos atores desse cenário. Então é uma clínica do por vir... (A. Lima, 2007, p. 48).

Se, por um lado, viver esse território ocasiona em vivências de angústia no corpo do trabalhador, por outro, essas angústias só podem ser elaboradas por meio de relações de corpo (Lancetti, 2008). Nesse sentido, é preciso pensar nas "relações corpo a corpo", nas "relações de afeto", que são anteriores às "relações de troca" (Lancetti, 2008, p. 123) e, portanto, devem implicar nas

trocas afetivas presentes em um encontro que só é possibilitado mediante a abertura de uma brecha para a vacância da posição de sujeito do saber e detentor do poder (Oliveira & Martins, 2020).

Barreto (2007) ilustra essa concepção de trabalho no qual se implica o corpo do trabalhador ao relatar o discurso de agradecimento de um psiquiatra argentino que foi homenageado em um congresso em que participou. O mesmo afirmou, sobre o processo de Reforma Psiquiátrica empreendido em sua província, que esse só foi possível mediante o comprometimento de todos os atores envolvidos. Nesse sentido, mencionou a trabalhadora da cozinha do serviço de saúde mental que dirigia, relatando que todas as manhãs ela levava no bolso um tempero de sua casa para dar um sabor especial às refeições ofertadas aos usuários.

> A reforma é feita com tudo que é possível, mas fundamentalmente, com o que trazemos em nossa bagagem pessoal, com o que somos, e, dessa forma, nos implicamos até o último fio de cabelo, ou melhor, até a última corda do coração (Barreto, 2007, p. 104).

Abou-Yd (2007), ao abordar o jogo de disputas que caracteriza a atenção psicossocial, enfatiza que em um campo de batalha deve estar presente o coração, pois, "é de uma luta que nos ocupamos e nela não podemos participar sem colocar nosso desejo" (Abou-Yd, 2007, p. 57). Se a clínica psicossocial, como refere Delgado (2007), é uma clínica de sujeitos, que acontece entre sujeitos – um sujeito a quem se atribui o ofício de cuidado e um sujeito a quem esse cuidado se destina – cabe enfatizar que "certas coisas, a política, o amor, o trabalho, são mais ricas e vivas quando nelas nos fazemos sujeitos, quando, efetivamente, nos implicamos. Aí, somos sujeitos singulares e cidadãos ativos" (Abou-Yd, 2007, p. 57). Por isso, é preciso que nessa relação entre sujeitos se esteja "presente de corpo e alma", conforme pontua Barreto (2007, p. 104).

É isso o que Lancetti (2008) denomina como "trabalho afetivo", caracterizado "pela capacidade de afetar e ser afetado em processos de subjetivação e dessubjetivação" (Lancetti, 2008, p. 103). Isso implica, porém, ao mesmo tempo em uma entrega e em uma disponibilidade do trabalhador, considerando que o encontro ocorre fora do espaço das garantias institucionais e fora do lugar de sujeito-suposto-saber que lhe dá segurança. Cabe ressaltar, contudo, que na atenção

psicossocial, frequentemente o cuidado é ofertado a pessoas para as quais não existe sujeito-suposto-saber: "são pessoas que não consultam o psicanalista nem o padre, pajé, pai-de-santo nem o pastor . . . são pessoas que não demandam atendimento nem ajuda. Parecem não amar ou são amadas de maneiras sinistras" (Lancetti, 2008, p. 102). A atenção psicossocial, portanto, deve caminhar no sentido de proporcionar a essas pessoas a experiência de lugares que há longa data lhe foram interditados: lugares de pertencimento, de afeto e de um cuidado que não se efetue mediante a imposição de força que se ampara em um discurso de proteção. Isso só é permitido a partir de um encontro que permita uma nova correlação de forças, que possibilite equacionar poder e potência, transformando a força do saber instrumentalizante em força afetiva produtora de vida. "O trabalho afetivo possui uma potência derivada do caráter positivo do que Michel Foucault denominou biopoder. Não no sentido – de cima para baixo – do poder de administrar a vida mas – de baixo para cima – do poder de produzir vida" (Lancetti, 2008, p. 123).

> Disponibilizar-se aos encontros e sair das garantias dadas pela instituição, saberes e lugares que ocupamos – segurança e clausura – produz novas formas de existir: linhas de fuga aos modos de subjetivação capitalísticos . . . Em outras palavras, o desafio é a construção de outras imagens-dispositivos que abram possibilidades para uma nova ontologia política (Mol, 2008), em que a experiência da loucura, até então compreendida enquanto lugar do interdito, da abjeção, do perigo, ceda lugar a uma estética da existência – e assim, quem sabe, torne-se efetivamente louCURA (Oliveira & Martins, 2020, p. 111).

Esses campos de afetação e experimentação, possibilitados mediante o abandono do lugar de quem tudo sabe e de quem tudo pode para a construção de um lugar de encontro, de estar junto, de experimentações e compartilhamento de novos sentidos, permitem não apenas a superação da onipotência do saber psi, mas também da impotência instalada pelo poder objetivante que não permite outros devires (Oliveira & Martins, 2020).

> Também se desfaz a fronteira entre a impotência e a potência, ou seja, a partir da fragilidade e da vulnerabilidade pode-se alcançar uma dimensão política. Porque vivemos tempos de

> fascismo galopante, do culto aos fortes, dos competentes, dos vencedores, o culto da força. Tudo é espetáculo. Tudo é grandioso. Mas... Ao invés da fraqueza de cultivar apenas a força, é necessário ter a força de estar à altura da própria fraqueza (Gaio, 2019, p. 51).

Entra aqui a importância da construção de uma prática que devém minoritária (Romagnolli, 2007). Menor que não se configura como termo pejorativo, mas adquire sentido de desvio da maioria (Gaio, 2019). Essa clínica menor, conforme já abordado, debruça-se em questões da vida que, sob a lógica do saber objetivante, eram consideradas como de menor importância (Delgado, 2007). Nesse sentido, a substituição da restrição de vida pela ampliação de vida e enriquecimento do cotidiano deve ser acompanhada ainda pela substituição do saber homogeneizante pelo encontro que sustenta a heterogeneidade da vida (Abou-Yd, 2007).

> Incompatível, portanto, com o trabalho alienado, destituído de sentido ou mesmo, restrito a um único locus - o consultório-, a clínica antimanicomial pede protagonismo dos loucos e dos técnicos, inventa recursos clínicos que nenhum remédio pode solucionar, convoca à participação, a solidariedade e ao exercício da cidadania. Desenha mapas de fronteiras permeáveis com pontos de orientação e referência, mas destituído de cercas e muros. Multiplica-se pelos diferentes espaços do serviço e também fora dele, não para vigiar ou controlar, mas para abrir espaço para a surpresa, para o inesperado. O colóquio terapeuta/ paciente, válido e necessário, acontece tanto dentro quanto fora do consultório, e se enriquece pelos encontros nas oficinas, nas assembleias, passeios e festas, que não são benesses dos serviços e de seus técnicos, para os usuários; mas locais de produção de sentidos que permitem ampliar a perspectiva do cuidado, envolvendo o sujeito que cuida e o que é cuidado, numa relação que aposta na possibilidade de todos vivermos na cidade, com nossas diferenças e habilidades (Abou-Yd, 2007, p. 56).

É importante, portanto, que o profissional incorpore essa dimensão à sua prática, pois, do contrário, estratégias potentes de afirmação do paradigma psicossocial poderão ser tomadas como

trivialidades, ações de importância menor, desconsiderando a importância desse saber minoritário, que não se curva à hegemonia do saber-poder psiquiátrico.

Sob essa perspectiva, a colocação de Terencio, resgatada por Delgado (2007), de que se sou humano, nada do que é humano me é estranho, leva a pensar que, em uma assistência mediada pelas relações humanas, que coloca todos os atores como sujeitos imersos na condição humana (mesmo aqueles que há longa data se encontravam destituídos de sua humanidade pelo sequestro operado pelas instituições disciplinares), não pode tomar como exterior ao paradigma psicossocial as situações cotidianas que compõem a experiência humana. Pois, "sou humano, portanto, nada do que é humano deixa de me interessar" (Delgado, 2007, p. 60).

> Então eu diria assim: num contexto marcado por tamanho controle e ordenação da vida, que chamamos de biopoder, as modalidades de resistência vital proliferam de maneiras as mais inusitadas. Uma delas consiste em pôr, literalmente, a vida em cena. Não a vida nua e bruta, como diz um filósofo chamado Agamben. Não a vida besta, a vida do Homo otarius, como diz Zizek, não a vida reduzida pelo poder ao estado de sobre-vida. Mas, sim, a vida em estado de variação. Esses modos menores de viver que nos habitam e que nos rodeiam e com os quais nós, na maioria, aqui, trabalhamos (Pelbart, 2007, p. 19).

Desse modo, a atenção psicossocial pressupõe que os serviços se apropriem da vida, não para fins de controle e normatização, mas para garantir que ela possa transcorrer por outros caminhos para além dos que lhe foram impostos. Isso implica em acolher o usuário não para dizer "é de CAPS" ou "não é de CAPS", na reprodução da antiga lógica segmentária e classificativa, mas para que seja possível assumir a responsabilidade pela atenção ofertada (A. Lima, 2007). Isso porque "cuidado e responsabilidade andam juntos" (Reis, 2007, p. 96) e perpassam o ato de viver o território, de conhecer os percursos dos usuários, de visitar suas rotinas e acompanhar suas vidas, de estar onde eles precisam, ofertando o que lhes é necessário – que às vezes, pode vir a ser um banho ou um prato de comida.

> Acolhimento é fazer o que o usuário precisa, mesmo que haja divergências entre os profissionais na condução do caso. E, muitas vezes, vocês sabem que vai acontecer, e isso acontece. Temos muitas vezes que enfrentar o mau humor dos técnicos, dos familiares, dos usuários . . . mas acolher é "não deixá-los sofrerem sozinhos" . . . Hoje, um dos maiores desafios dos serviços é - de fato - estar aonde o usuário necessita (Reis, 2007, p. 95).

Apesar de se reconhecer que apenas a criação de novos serviços não é o suficiente para efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica (Amarante & Torre, 2017), é inegável a necessidade de investimento, habilitação e qualificação em relação aos serviços substitutivos, sobretudo aqueles de atenção à crise, considerando que os encaminhamentos de crianças e adolescentes aos hospitais psiquiátricos são, majoritariamente, justificados pela presença de um quadro deste tipo. Mas há também a imprescindibilidade de se questionar por qual motivo o público infantojuvenil vem apresentando uma quantidade considerável de situações de crise em saúde mental, muitas vezes de forma recorrente, bem como, de que forma essas "crises" vêm sendo concebidas diante das relações de poder estabelecidas e dos mecanismos de controle e exclusão que se operam nesta dinâmica. Ademais, Beltrame (2020) verifica, diante da duração consideravelmente longa das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes, que estas geralmente não objetivam apenas estabilização da crise. Sendo assim, em relação aos questionamentos acerca das possíveis causas das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes na contemporaneidade, considera-se que

> sua persistência, hoje, pode ser explicada pela confluência de inúmeros fatores, tais como a forma como são investidos os recursos da saúde mental; as limitações da RAPS, dentre elas a falta de dispositivos que funcionem 24h para o atendimento às situações de crise; os interesses da indústria da loucura e/ou indústria do tratamento de drogas e, sobretudo, porque, em uma sociedade desigual, o hospital psiquiátrico continuará sendo uma estratégia necessária para justificar as diferenças (Beltrame, 2020, p. 175).

Não se pode negar, portanto, que os trabalhadores da atenção psicossocial se encontram em condições de precariedade devido ao subfinanciamento da política pública. (Amarante & Nunes,

2018). Nisiide (2020) expõe que os rumos do cenário político nacional apontam para retrocessos e ameaças à efetivação da atenção psicossocial, já mencionados no presente trabalho quanto à caracterização de um processo de contrarreforma. Entre os desafios, elenca a escassez de investimentos na política pública de saúde, que implica na impossibilidade de que essa seja de fato uma política universal, o fato de que o principal dispositivo de atenção psicossocial, o CAPS, possui como critério para implantação a presença de uma população mínima de 15 mil habitantes, o que impede que 60,6% dos municípios brasileiros pleiteiem esse serviço, o desmantelamento do NASF, importante dispositivo da Atenção Primária à Saúde para o cuidado territorial em saúde mental, sobretudo em municípios de pequeno porte, a fragmentação do cuidado proporcionada pela ambulatorização da assistência em saúde mental, o maciço investimento de recursos públicos em Comunidades Terapêuticas, instituições de caráter religioso, defendida pela "bancada da Bíblia" no congresso nacional, composta por apoiadores do governo responsável por propor tais investimentos; e a inclusão dos hospitais psiquiátricos na RAPS, com aumento do valor repassado para as diárias de internação e, em contrapartida, o acréscimo de exigências para repasses financeiros destinados aos leitos em hospitais gerais, o que contribui para a discrepância entre o número de leitos de psiquiatria em hospitais especializados e o número de leitos de saúde mental em hospitais gerais.

> Com certeza, as perdas sofridas pelo funcionalismo público no Brasil desempenham aqui um importante papel. O mesmo se dá com a famosa “inexistência de uma política de recursos humanos no SUS” - já tão repetidamente apontada como problema que se parece esquecer da necessidade de uma solução (Lobosque, 2007, p. 40).

Vale ressaltar que, em relação aos recursos humanos dos Centros de Atenção Psicossocial, apesar do dimensionamento da equipe e de diversas orientações voltadas à atuação do trabalhador, há a ausência de esclarecimentos “sobre forma de contratação dos trabalhadores, formação, capacitação, remuneração, entre outros fatores essenciais para a composição e sustentação de uma equipe com

atividades tão diversificadas e complexas" (Ramminger & Brito, 2011, p. 159). Tal situação leva a indagar quais as possibilidades de se sustentar um trabalho afetivo nesse cenário.

Da mesma forma, a ofensiva neoliberal e suas políticas de austeridade fragilizam, também, as demais políticas públicas com as quais a saúde mental precisa fazer interface para efetivação da atenção psicossocial, pois, tratando-se de uma proposta de reinserção social e enriquecimento do cotidiano de vida, são necessários arranjos complexos e diversificados (Taño & Matsukura, 2015). A intersetorialidade já é por si só um desafio, uma vez que implica em "criar rupturas nas redes de dependência entre as instituições e, via confronto, criar diálogos entre elas, mantendo as contradições abertas e questionando o que as interconectam" (Braga & d'Oliveira, 2022, p. 10). No atual cenário político nacional, esse desafio é agravado. O mesmo ocorre em relação à consolidação de uma rede diversificada dentro do próprio SUS para a assistência em saúde mental. A precarização do trabalho ocasiona em rotatividade dos profissionais e na escassez dos quadros funcionais.

> Muitos trabalhadores, insatisfeitos com os baixos salários, saem dos serviços em busca de alternativas na rede privada. Alguns profissionais invalidam o trabalho em equipe do CAPS e propõem a consulta individual em seus consultórios particulares como algo mais qualificado e humanizado. Afinal, segundo eles, o que é público é de "segunda linha" (Ornelas, 2007, p. 112).

O que se tem, portanto, é um cenário no qual o CAPS se encontra fechado em si mesmo, desinvestido não apenas de recursos financeiros, como também dos recursos humanos necessários para o processo de construção coletiva proposto pelo paradigma psicossocial. Com o subfinanciamento das demais políticas públicas e mesmo de outros serviços de saúde, o CAPS passa a ocupar um lugar central e solitário na oferta de cuidados em saúde mental. É o que se pode observar, por exemplo, nos casos analisados nesse estudo, quando outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, como a UBS ou a unidade de pronto atendimento, atendem Perséfone e Valério e, em seus registros no prontuário, os caracterizam como "pacientes do CAPS".

Envoltos por esse cenário, e atingidos diariamente pelo confronto direto com "o sofrimento, a miséria, a violência, e com as perdas no campo da ética e da solidariedade na sociedade" (Vasconcelos, 2007, p. 143), os trabalhadores da atenção psicossocial são acuados pelas operações biopolíticas de "fazer viver" sob as minhas normas e "deixar morrer" os que a elas não se adéquam, e colocados em situação de rendição em relação à lógica manicomial que se fortalece mediante a inoperância estatal quanto à garantia de políticas públicas eficazes e serviços territoriais de qualidade que possibilitem um cuidado para além da institucionalização.

> Com isso, ao perceber sua insuficiência diante da problemática, o trabalhador de saúde, desamparado, compreende que a única forma de cuidar do usuário é, aceitar a reação do biopoder. Desse modo, passa a concordar com o retorno da lógica manicomial hospitalocêntrica a partir da inclusão do hospital psiquiátrico na RAPS. Isso, em detrimento dos espaços de liberdade ou biopotência, criado pelo cuidado no território a partir da RAPS. (Oliveira & Lopes, 2019, p. 228).

Em suma, conforme aponta Vasconcelos (2007), é preciso reconhecer que as condições históricas de possibilidade de emergência do paradigma antimanicomial apontam para um contexto de abertura democrática, incompatível com a atual conjuntura neoliberal e de ameaças à democracia no cenário político nacional.

Todavia, como afirma Amarante (2007b, p. 174)

> não podemos jogar a toalha e dizer: "Olha, tá tudo dominado!". Não estamos dominados. Se estivéssemos, a situação seria ainda pior. Lembrei agora de uma comédia em que dois cavaleiros se encontram e um deles fala: "Aqui, você não passa!" O outro responde: "Passo sim!", e arranca um braço do primeiro com a espada. Este, sem braço, insiste em impedir a passagem do agressor. E, para resumir, perde o outro braço, as pernas e o tronco. Fica só a cabeça caída no chão. Mesmo assim a cabeça fala: "Covarde, vai fugir?", ou seja, o cavaleiro perdeu os braços, perdeu as pernas, mas não perdeu a cabeça! Não jogou a toalha.

Ou seja, diante das sucessivas investidas neoliberais que ameaçam a garantia de direitos arduamente conquistados, cabe entoar em alto e bom som que as antigas formas de opressão e dominação “não passarão”. E, nos casos em que tenham passado (no que se refere às situações de retrocesso que se instalam dentro da própria política oficial), é preciso permanecer falando, denunciando, resistindo.

É importante considerar que a saúde mental é um campo de resistência por excelência, haja vista que foram os intensos movimentos sociais, protagonizados por sobreviventes da psiquiatria, familiares e trabalhadores contrários aos abusos praticados em nome da razão, que a transformaram em política pública. Desse modo, os trabalhadores de saúde mental, historicamente e constantemente, são convidados a enfrentar situações desafiadoras para a efetivação da atenção psicossocial (Yasui & Costa-Rosa, 2008). Entende-se, portanto, que a inoperância estatal não pode justificar a omissão profissional. Se há, no paradigma antimanicomial, uma intenção de superar o uso da força no tratamento dado à loucura, posturas profissionais que coadunam com o cenário de desassistência também implicam em uma “ação de força por omissão” (Tykanori, 2007, p. 126). Dessa forma, é preciso que as dinâmicas e os ordenamentos institucionais que dificultam a efetivação da atenção psicossocial não sejam internalizados como direcionamento da prática profissional.

> É fundamental que as diretrizes e o objetivo dos dispositivos sejam claros, definidos, com responsabilidades compartilhadas, que cada ação esteja interligada com a outra, produzindo sentido, continuidade do cuidado, evitando a fragmentação (discurso e prática), rupturas e descontinuidades, fatores de risco para o comprometimento da saúde psíquica da instituição e dos usuários (Freitas, 2007, p. 99).

Reis (2007) discorre sobre uma situação na qual um CAPS se encontrava há dez anos com as portas fechadas para receber novos usuários. “Portas fechadas, técnicos lendo jornal em horário de trabalho e ao mesmo tempo alegando que não poderiam atender as situações de crise porque a equipe estava em número reduzido” (Reis, 2007, p. 93). Como consequência, o cenário observado, ao olhar para o território, era de maciça desassistência. No que se refere à organização para a retomada dos

acolhimentos iniciais, Reis (2007) pontuou sobre a importância de que serviços como o CAPS sejam estruturados por meio de uma coordenação que apoie a equipe na superação desses impasses a partir de um direcionamento pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica, de modo a contribuir para que esse cenário não se instale. Nesse sentido, são problematizadas divergências interpostas entre teoria e prática. Isso pressupõe a necessidade de que as ideias antimanicomiais que possibilitaram a criação desse tipo de serviço de fato estejam presentes como direcionamento de suas ações. Do contrário, são encontrados descompassos como o citado por Reis (2007), ao relatar sobre uma equipe de atenção psicossocial que continuava a trabalhar "com o discurso antimanicomial . . . mas sem que houvesse concretamente uma mudança no modelo de cuidado à Saúde Mental. Os usuários... pacientemente estavam lá... nos manicômios!" (Reis, 2007, p. 92). É o que se observa, também, na concepção de que a reinserção social a qual se propõe os serviços de atenção psicossocial pudesse ser ofertada na forma de um "ticket", sem envolver um processo construído coletivamente.

Construção coletiva também ausente no que se refere à definição do tipo de serviço ofertado, quando esse não se organiza no sentido de garantir o acesso para os usuários que não comparecem ao serviço, seja por dificuldades de transporte ou por não desejarem o atendimento, quando as oficinas terapêuticas são estruturadas a partir do desejo do técnico e não da necessidade do usuário, o que se reflete em oficinas e atividades com maior presença de técnicos do que usuários, quando o próprio serviço se apresenta sem vida, sem movimento, com os usuários sentados em silêncio enquanto executam mecanicamente suas atividades "terapêuticas", quando inexistem – ou existem de maneira insuficiente – espaços nos quais a equipe se reúna para discutir seus casos e pensar sobre o serviço que está sendo ofertado. São situações nas quais se pode perceber que os profissionais passam a se despotencializar junto ao serviço e a proposta assistencial perde seu sentido, refletindo uma atitude profissional impassível diante dos processos de desassistência e remanicomialização (Reis, 2007).

> Ora, estas diferentes dificuldades são colocadas para profissionais que já vêm sofrendo uma precarização muito grande em sua formação. Por conseguinte, muitos deles já não desenvolvem com o seu trabalho uma relação de protagonismo, mas, sim de execução. Alguns

> simplesmente não se envolvem, permanecendo ali por uma questão de subsistência; outros ainda, insistem em trabalhar com zelo e competência, mas, diante de certos problemas e impasses, sentem uma perturbação que pode acabar em desinteresse, se não for socorrida a tempo; outros, enfim, nem mesmo se perturbam mais, convivendo sem surpresa ou curiosidade com as mais singulares manifestações da subjetividade humana (Lobosque, 2007, p. 40).

Nesse aspecto, certamente é necessário discutir a importância de que sejam ofertados espaços de educação permanente e de supervisão clínico-institucional, os quais devem ser contemplados nas previsões orçamentárias, pois a efetivação da atenção psicossocial demanda investimento de políticas públicas. Por outro lado, demanda também um investimento subjetivo, um trabalho com o corpo, como abordado anteriormente, e de disponibilidade para a escuta das demandas e para a discussão das adversidades que compõem esse campo de afetações (Freitas, 2007). Esse investimento subjetivo, contudo, não se adquire mediante financiamento público e não é suprido apenas com um programa de educação permanente e de supervisão clínico-institucional, por mais que se possa partir desse lugar, desde que tais programas incluam o aprofundamento em questões relativas aos princípios e diretrizes do SUS e da RAPS, bem como a retomada de autores clássicos do campo antimanicomial que discutem as dificuldades interpostas à efetivação dessas diretrizes (Lobosque, 2020). Pois se trata, essencialmente, de recuperar a dimensão política desse campo de atuação. De integrar uma atuação pautada na perspectiva de uma clínica política, histórica e territorial, conforme abordado. Isso está além das conduções dadas pelo governo, pois implica no desejo do próprio trabalhador, em sua vontade de se colocar enquanto ator político e protagonista na efetivação da atenção psicossocial. Conforme aponta M. Silva (2007, p. 122)

> Estados sempre hão de existir por aí, gestores sempre hão de existir por aí, que tomarão decisões na sua pragmática da produção de resultados eleitorais, sem considerar a maior ou menor complexidade das situações, com maior ou menor capacidade de ser efetivos nas suas intervenções. As urnas é que devem julgar os governantes.

Em contrapartida, é o trabalhador que se encontra imerso no território experienciando suas vicissitudes. E uma vez imerso nesse território, que é político por excelência, não pode se propor a uma pretensa neutralidade típica do paradigma tradicional que se veste de uma roupagem científica para engendrar mecanismos disciplinares e de controle a partir de uma atuação profissional aparentemente isenta (M. Silva, 2007, p. 121).

Sendo assim, não se pode admitir que o cenário político nacional e suas investidas de contrarreforma funcionem como paralisador, mas que possam ser concebidos como um impulsionador de novas possibilidades, que venham a se configurar como resistência ao desmonte, negligência e subfinanciamento do SUS e da política pública de saúde mental. Mesmo diante das dificuldades aqui expostas, é possível vislumbrar experiências potentes e afirmativas da atenção psicossocial por parte dos serviços territoriais, as quais se configuram também como uma maneira criativa de escapar à rigidez dos processos de contrarreforma, à dureza do sucateamento dos serviços e à homogeneização do poder psiquiátrico. Neste sentido, os trabalhadores de saúde mental, no plano micropolítico, mostram-se capazes de reinvenções voltadas ao resgate e à reafirmação dos fundamentos da luta antimanicomial que hoje se encontram sob ameaça (Dantas, 2021). São "experiências demonstrativas do que é possível realizar com um financiamento, que pode não ser entendido por quem não vive a rede de cuidados funcionando" (Campos, 2007, p. 118).

Entende-se, assim, que os processos de precarização do SUS, da política pública de saúde mental e da vida de modo geral, decorrente da ofensiva neoliberal e seus mecanismos de austeridade, é atravessada por práticas de resistência desenvolvidas no cotidiano dos serviços (Monteiro & Lira, 2021) que consistem em inventar novos modos de ser, estar e fazer. Trata-se de "criar conexões, buscar brechas e, quando não as encontrar, fazê-las. Não existe receita nem caminho pronto para escapar: escapar é um caminho que acontece sempre no meio" (Sales & Estevinho, 2021, p. 289).

Se o cenário macropolítico aponta para um futuro de escassez de possibilidades de se fazer pulsar a vida, no plano micropolítico há a possibilidade de conduzir a vida por meio de novos direcionamentos. Uma dessas condições se coloca mediante a uma prática profissional

comprometida, pois de acordo com Monteiro e Lira (2021), a prática cotidiana é um local privilegiado de resistência. É também no cotidiano que as relações se estabelecem, permitindo a criação de novos encontros. Neste sentido, Brito e Dimenstein (2008) afirmam que a produção de relações pode se constituir como modos de resistência a um modelo institucional, a qual extrapola a noção de mera reação para implicar em uma vontade ativa. Construir novos percursos, acolhendo a heterogeneidade da vida, é justamente o que se propõe o paradigma psicossocial (Baremblitt, 2003; Monteiro & Lira, 2021; Neves & Josephson, 2002). Essa urgência que remete aos fundamentos da atenção psicossocial e à condição necessária para sua efetivação implica na reafirmação de um compromisso ético-estético-político em favor da vida. Pois, conforme aponta Pelbart (2007, p. 20):

> a reversão do poder sobre a vida em potência da vida . . . permitiria pensar a função de dispositivos multifacetados, ao mesmo tempo políticos, estéticos, clínicos. Caberia pensar, então, a função destes dispositivos na reinvenção cotidiana das coordenadas de enunciação da vida.

Trata-se, portanto de uma ruptura paradigmática que aposta na criação de vida a partir dos encontros, com garantia de acesso e cuidado por meio da diversificação de estratégias que enriquecem o cotidiano. É nesta inventividade que consiste o compromisso em questão: ético no sentido de "uma criação processual de valores e critérios para a vida, a partir das experimentações cotidianas" (Santos, Yonezawa, & Leão, 2019, p. 33-34); estético no que se refere a uma produção artística da vida a partir da expressão criativa; e político, pois diz respeito aos processos de subjetivação que permitem escapar ao saber-poder de maneira ativa (Santos et al., 2019). A partir disso, outros caminhos se tornam possíveis de serem trilhados para a efetivação da atenção psicossocial infantojuvenil na contemporaneidade.

Retomando a compreensão da Reforma Psiquiátrica enquanto processo social complexo (Amarante, 2007a), a própria ideia de processo denota um movimento que se realiza continuamente. Desta forma, é necessária uma ação criativa na construção e reconstrução permanentes de uma assistência à saúde mental comprometida com os direitos humanos e com a qualidade do cuidado

ofertado. Isso implica reafirmar os princípios da Reforma que se encontram sob ameaça, implica em escapar por novos caminhos, tomar pequenos desvios para novos devires e escapar rumo ao imprevisível. Imprevisível, pois sua potência decorre da surpresa em que consiste os acontecimentos produzidos a cada novo encontro que se estabelece, e porque diz respeito à construção de mapas nos quais importa mais o percurso do que o destino (Abou-Yd, 2007; Barreto, 2007).

Por fim, resta enfatizar a constatação de que essa construção de percursos outros não caminhará sem alguma oposição nesse árido terreno de disputas. Sustentar o posicionamento da radicalidade antimanicomial implica em se colocar sujeito a ataques de representantes do saber-poder tradicional e a acusações de negacionismo e de ausência de cientificidade por esses a quem foi atribuído o cânone da verdade cientificamente asséptica. O arsenal de estratégias éticas, estéticas e políticas utilizado na produção de práticas dissidentes serão classificadas como "ideológicas", "passionais" e "pouco profissionais". É possível citar como exemplo os discursos[11] proferidos por Quirino Cordeiro[12] sobre a Reforma Psiquiátrica, nos quais são conferidas a essa as razões de todas as mazelas sociais e do cenário de desassistência, relacionados, em verdade, às operações biopolíticas que ele próprio se coloca a serviço.

> Sabemos que, para esse tipo de ciência biomédica positivista, hegemônica na construção da ordem discursiva, podemos ser vistos como algum tipo de monstro. Isso por que ela entende o autoritarismo e o controle sobre o corpo do outro, como expressões de cuidado e benevolência. Contudo, como aponta Foucault (2012), não seremos qualquer tipo de monstro, seremos "monstros verdadeiros", isto é, falamos-fazemos a verdade junto aos atores envolvidos, respeitando sua processualidade mesmo sem estar "no verdadeiro" da polícia discursiva da biopolítica, pois não desejamos repetir seus "erros disciplinados". Assim,

---

[11] https://www.uniad.org.br/noticias/politicas-publicas/dr-quirino-cordeiro-jr-programa-nacional-era-usado-para-fechar-hospitais-psiquiatricos/

[12] Quirino Cordeiro foi nomeado Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde após o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff, ocupando esse cargo entre os anos de 2017 a 2019. Posteriormente, foi nomeado Secretário de Cuidados e Prevenção às Drogas no Ministério da Cidadania do governo Bolsonaro (2019-2022).

> buscamos a coprodução de processos de cuidado em saúde, um saber-fazer-com-saúdes e, desse modo, reverberamos as biopotências e as resistências por novas superfícies de registro: por uma sociedade sem manicômios (Oliveira & Lopes, 2019, p. 230).

Nas curvas desse trajeto que é percorrido, cabe aos profissionais de saúde mental, portanto, assumir a monstruosidade da empreitada pela efetivação da atenção psicossocial, com toda a impavidez e insurgência que ela representa.

> Mesmo que incompleta a travessia rumo à vida, já aportamos em um continente do qual não queremos sair ou ser mais uma vez expulsos. Somos aqueles que vieram "das surdas correntes, das velhas senzalas, das novas favelas, da escola de samba, dos grandes estádios, do alto dos morros, da lei da baixada e dos frios e tristes porões dos hospícios" e chegamos para "lutar, clamar, gritar, gingar, dançar e amar". Nas ruas e nos serviços sambamos sob o som da música que escolhemos: a cidadania (da Silva, 2007, p. 136).

REFERÊNCIAS

Abou-Yd. M. (2007). Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 53-58). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Alarcón, R. D., Lolas, F., Mari, J. J., Lázaro, J., & Baca-Baldomero, E. (2020). Latin American and Spanish-speaking perspectives on the challenges of global psychiatry. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *42*(1), 77-86. https://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0397

Almeida, T. C., & Mansano, S. R. V. (2012). Corpos marcados: uma análise histórica sobre a institucionalização de adolescentes em conflito com a lei. *Mnemosine*, *8*(2), 161-183.

Alves, R. B., Bruning, N. D. O., & Kohler, K. C. (2019). "O Equilibrista": Atuação do Psicólogo no NASF no Vale do Itajaí. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *39*(1). 1-13. https://doi.org/10.1590/1982-3703003186600

Amaral, A. J., & Angel, C. (2018). O poder psiquiátrico e seus desdobramentos no sistema punitivo brasileiro: novos horizontes antimanicomiais. *Argumenta Journal Law*, *(1)*28, 397-424.

Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Amarante, P. (2007a). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Amarante, P. (2007b). Medicalização da vida. In: Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ (org.), *Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?*. (pp.169-174). Rio de Janeiro, RJ: Conselho Regional de Psicologia.

Amarante, P., & Nunes, M. D. O. (2018). A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & saúde coletiva*, *23*(6), 2067-2074. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018

Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2017). Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *21*(63), 763-774. https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881

Amin, A. R. (2006). Doutrina da proteção integral. In K. R. F. L. A. Maciel (Coord.), *Curso de Direito da Criança e do Adolescente: aspectos teóricos e práticos*. (pp. 11-19). Rio de Janeiro, RJ: Lumen Juris.

Arantes, E. M. (2004). De "criança infeliz" a "menor irregular" - vicissitudes na arte de governar a infância. *Mnemosine*, *1*(0), 162-164.

Arantes, E. M. (2008). Mediante quais práticas a psicologia e o direito pretendem discutir a relação? Anotações sobre o mal-estar. In C. Coimbra, L. Ayres & M. L. Nascimento (Orgs), *Pivetes: Encontro entre a psicologia e o judiciário* (pp. 131-148). Curitiba, PR: Juruá.

Arantes, L. J., Shimizu, H. E., & Merchán-Hamann, E. (2016). Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: Revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*(5), 1499-1510. https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015

Araujo, S. F. (2009). Uma visão panorâmica da psicologia científica de Wilhelm Wundt. *Scientiae Studia*, *7*(2), 209-220. https://doi.org/10.1590/S1678-31662009000200003.

Ariès, P. (2017). *História social da criança e da família* (2ed). Rio de Janeiro, RJ: LTC.

Badaró, M. O. R., & Calais, L. B. (2020). Serviços de acolhimento institucional e assistência social: reificação da exclusão ou promoção de autonomia?. *Cadernos de Psicologia*, *1*(2), 739-761.

Baracuhy, R., & Pereira, T. A. (2013). A biopolítica dos corpos na sociedade de controle. *Gragoatá*, *18*(34), 317-330. https://doi.org/10.22409/gragoata.v18i34.32974

Barbosa, V. F. B., Martinhago, F., Hoepfner, Â. M. D. S., Daré, P. K., & Caponi, S. N. C. D. (2016). O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saúde em Debate*, *40*(108), 178-189. https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015

Baremblitt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes*. Belo Horizonte, MG: Instituto Félix Guattari.

Barreto, K. D. (2007). Por uma clínica do ethos humano. In A. M. Lobosque (Org), Caderno de saúde mental (pp. 101-106). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saúde e sociedade*, *11*(1), 67-84. https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008

Basaglia, F. (2000). *Conferenze brasiliane*. Raffaello Cortina.

Basaglia, F. (2010). *Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.

Batista, M. D. G. (2014). Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais - Politica & Trabalho*, *1*(40). https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690

Bays, I. & Bays I. (2020). Institucionalização e proteção integral: reflexões a partir do habeas corpus nº 143.988/STF. *Anais do VIII Congresso de Pesquisa e Extensão da FSG*.

Beltrame, M. M. (2020). *Entre os muros do hospital psiquiátrico: histórias sobre a infância e a adolescência.* (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

Blikstein, F. (2012). *Destino de crianças: Estudo sobre as internações de crianças e adolescentes em Hospital Público Psiquiátrico.* [Dissertação de Mestrado, PUC-SP].

Boarini, M. L. (2007). A higiene mental e o saber instituído. *Mnemosine*, *3*(1), 3-17.

Boarini, M. L., & Yamamoto, O. H. (2004). Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. *Psicologia Revista*, *13*(1), 59-72.

Braga, C. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2015). A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *19*(52), 33-44. https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0227

Braga, C. P., & d'Oliveira, A. F. P. L. (2022). Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle. *Cadernos de Saúde Pública*, *38*(5), 1-12. http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPT170821

Brambilla, B. B., & Avoglia, H. R. C. (2010). O Estatuto da criança e do adolescente e a atuação do psicólogo. *Psicol inf*, *14*(14), 102-121.

Brito, F. S. L., & Vitorino, M. A. (2020). Reforma Psiquiátrica: da luta antimanicomial ao desmonte das políticas de saúde mental no brasil. *(SYN)THESIS*, *13*(2), 58-70.

Britto, R. C. (2004). *A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01: Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental.* [Dissertação de Mestrado, Fiocruz].

Bujes, J. S. (2015). Biopolítica de estado e violência: a medicalização de jovens internados na FASE/RS como política da (e na) socioeducação. *Anais do 5º Seminário de Políticas Sociais no Mercosul – SEPOME*, Educat.

Bulhões, J. R. de S. R. (2018). Construções históricas de crianças e adolescentes: marcos legais no brasil. *Confluências Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito*, *20*(1), 63-76.

Campos, F. C. B. (2007). No labirinto da Reforma Psiquiátrica. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 115-118). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Campos, C. J. G. & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *17*(2), 259-264. https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019

Caponi, S. (2011). A hereditariedade mórbida: de Kraepelin aos neokraepelinianos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *21*(3), 833-852. https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300004

Cardoso, C. R. S. (2007). O processo de ocupação do noroeste paranaense nas décadas de 1950 a 1960. *PDE-UEM*.

Carrasco, B. (2020). Navio dos loucos (Stultifera Navis). *Ex-isto*. https://www.ex-isto.com/2020/01/navio-dos-loucos.html

Castel, R. (1991). *A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.

Cézar, M. A. (2014). *As políticas públicas de saúde mental e o cotidiano dos serviços substitutivos: um estudo sobre ideologia na reforma psiquiátrica brasileira.* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São João del-Rei].

Chizzotti, A. (2000). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (4ed). Cortez.

Claper, J. R. (2020). *Colônia agrícola para alienados no Rio de Janeiro (1890-1924): discursos, projetos e práticas na assistência ao alienado* [Tese de Doutorado, Fiocruz]. ARCA Repositório Institucional da Fiocruz. https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44900

Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. (2021). *Ata da 5ª Reunião Ordinária*. SESA-PR. Recuperado de https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-02/ata_5a_ro-08.12.2021_-_versao_final.pdf

Comissão Intergestores Bipartite do Paraná. (2022). *Ata da 1ª Reunião Ordinária*. SESA-PR. Recuperado de https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/ata_1a_ro-16.02.2022_-_versao_final.pdf

Comissão Intergestores Tripartite. (2017). *Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017*. Estabelece as diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Companhia Melhoramentos Norte do Paraná (2013). *Colonização e Desenvolvimento do Norte do Paraná*. 3ed.

Conselho Nacional de Saúde (2021). Resolução nº 660, de 05 de agosto de 2021. Dispõe sobre o regimento da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (5ª CNSM).

Contardi, I. F., & Endlich, A. M. (2018). Desigualdade social e morfologia urbana das cidades de Astorga (PR) e Alto Paraná (PR), Brasil. *Revista de Geografia-PPGEO-UFJF*, *8*(1), 13-32.

Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, *27*(1), 17-40.

Couto, M. C. V., Duarte, C. S., & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *30*(4), 384-389.

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2ed. Porto Alegre, RS: Artmed.

Cronemberger, L. F. (2019). "Meu corpo, minhas regras!": Michel Foucault, corpo da mulher e feminismo. *Praça*, *3*(1), 23-37.

Cruz, N. F. D. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, educação e saúde*, *18*(3), 1-20.

Cunha, C. C., & Boarini, M. L. (2010). A infância sob a tutela do Estado: alguns apontamentos. *Psicologia: teoria e prática*, *12*(1), 208-224.

da Silva, R. (2007). Loucura e cidadania: por um país de todos os homens. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 131-136). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Dalgalarrondo, P. (1997). Civilização e Loucura. *Revista Cérebro & Mente*, *1*(1). https://cerebromente.org.br/n01/dalga/dalga1.htm

Dalgalarrondo, P. (1999). Primeiros relatos sobre doenças mentais em nativos brasileiros: as descrições de Von Martius (1844). *Brazilian Journal of Psychiatry*, *21*(1). https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000100010

Dalgalarrondo, P., Santos, S. M. A., & Oda, A. M. R. (2003). A psiquiatria transcultural no Brasil: Rubim de Pinho e as "psicoses" da cultura nacional. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *25*(1), 59-62. https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000100015

Dalgalarrondo, P. (2004). Rubim de Pinho: fragmentos da Psiquiatria Transcultural. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *26*(4), 282-283. https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000400018

Dantas, C. M. B., Santos, M. R. S., Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2020). A escalada do fascismo no Brasil: rebatimentos ao campo profissional da Psicologia. *Psicologia em Revista*, *26*(1), 415-435.

Dantas, T. R. M. (2021). Política pública de saúde mental e pandemia: considerações assistenciais para o resgate de um compromisso ético-estético-político. In R. B. Silva & M. B. Sei (Orgs), *Psicologia e Contemporaneidade: pesquisas, experiências e reflexões* (pp. 83-106). Londrina, PR: UEL.

Decreto nº 17.943, de 12 de outubro de 1927. (1927). Consolida as leis de assistencia e protecção a menores. Presidência da República.

Del Priore, M. (2010). *História das crianças no Brasil*. (7ed). Contexto.

Delajustine, A. C. (2018). O feminismo como enfrentamento do biopoder em uma sociedade patriarcal. *Anais do I Congresso Nacional de Biopolítica e Direitos Humanos*.

Delgado, P. G. G. (2007). Por uma clínica da reforma: Concepção e exercício. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 59-66). Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Delgado, P. G. G. (2011). Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos brasileiros de psicologia*, *63*(2), 114-121.

Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, *17*(2), 1-4.

Dias, E. N. (2017). *O sinal é este mesmo bilhete: Uma tipologia documental para os escritos da roda dos expostos.* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Donzelot, J. (1986). *A Polícia das Famílias*. Graal.

Dourado, A. C. D. (2009). *História da Infância e Direitos da Criança*. Salto para o Futuro, *19*(10), 1-19.

Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, *1*(24), 213-225. https://doi.org/10.1590/0104-4060.357

Eduardo, A. R. B., Angela, L. D. A., Dantas, G. A., & Andrade, A. K. (2005). Circulação e difusão de idéias urbanísticas no Brasil: o caso das Cidades-jardins. *Anais do XI Encontro Nacional*

da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Planejamento Urbano e Regional – ANPUR.

Eduardo, L. D. P., & Egry, E. Y. (2010). Estatuto da Criança e do Adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *44*(1), 18-24.

Engel, M. G. (2001). *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios* (Rio de Janeiro, 1830-1930). Editora Fiocruz. https://doi.org/10.7476/9788575412534

Esquinsani, R. S. S., & Dametto, J. (2012). Questões de gênero e a experiência da loucura na antiguidade e na idade média. *Estud. sociol.*, *17*(32), 205-222. https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/view/4935

Estellita-Lins, C. E. (2000). Notas sobre criação e desrazão em uma certa experiência trágica da loucura. In P. Amarante (Org.), *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade* (3ª ed., pp. 53-73). Fiocruz. https://doi.org/10.7476/9788575413197

Estevan, C. M., Baltor, L. V., & da Silva, R. B. (2020). Serviços de Acolhimento Institucional infanto-juvenil: desafios históricos e possibilidades de atuação do psicólogo. *Revista Mosaico*, *11*(1), 54-62. https://doi.org/10.21727/rm.v11i1.2274

Faggion, M. O., & Boarini, M. L. (2018). A Psicologia pela lente de Renato Kehl. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *18*(4), 1239-1256.

Faleiros, V. P. (2011). Infância e processo político no Brasil. In I. Rizzini, & F. Pilotti (Orgs), *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil* (3ed, pp. 33-96). Cortez.

Farias, J. S., & Passos, R. G. (2018). Saúde Mental e Drogas: O avanço do conservadorismo em tempos de golpe – o caso das comunidades terapêuticas. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*.

Fernandes, A. D. S. A., Matsukura, T. S., Lussi, I. A. D. O., Ferigato, S. H., & Morato, G. G. (2020). Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, *28*(2), 725-740.

Ferreira de Lima, A. (2010). Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da psicologia social crítica. *Salud & Sociedad*, *1*(3), 165-177.

Ferreira, F. N. M., Silva, M. A. M., & Brito, C. P. (2017). Biopoder e memória: a imagem da mulher negra em propagandas de saúde. *Revista Includere*, *3*(1), 572-576.

Figueiró, R. A., & Dimenstein, M. D. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. *Fractal: Revista de Psicologia*, *22*(2), 431-446.

Florêncio, J. G. (2017). A penalização do aborto como prática de biopoder sobre a vida das mulheres negras e pobres. *Anais do I Congresso Internacional Humanidades nas Fronteiras: Imaginários e culturas latino-americanas*.

Fonte, E. M. M. (2012). Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia*, *1*(18). https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258

Fontes, R. S. (2005). Dicionário crítico da educação: Adultização da infância. *Revista Presença Pedagógica*, *(11)*6, 86-92. https://sapiencia.digital/portfolio/pp-61/

Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Estud. Pesqui. Psicol.*, *15*(1), 94-115.

Foucault, M. (1972). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, SP: Perspectiva.

Foucault, M. (2001). Aula de 8 de janeiro de 1975. In: Foucault, M. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Foucault, M. (2005). *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976).* São Paulo, SP: Martins Fontes.

França, K. V., & Brauner, M. C. C. (2018). O corpo feminino sob uma perspectiva foucaultiana: rumo à construção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil. *Anais do VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade*.

Françoia, C. R. (2005). Ensaio sobre a loucura. *Psicologia Argumento*, *23*(43), 45-54. https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19667

Frayze-Pereira, J. (1984). *O que é loucura* (3ª ed.). Brasiliense.

Freitas, M. E. (2007). Tecendo a clínica: princípios e diretrizes. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 97-100). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Frota, A. M. M. C. (2007). Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 7(1), 147-160.

Fuganti, L. (2007). Biopoder nas políticas de saúde e desmedicalização da vida. In: Comissão de Direitos Humanos do CRP-RJ (org.), *Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?*. (pp.129-136). Rio de Janeiro, RJ: Conselho Regional de Psicologia.

Gama, C. A. P., Campos, R. T. O., & Ferrer, A. L. (2014). Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, *17*(1), 69-84. https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006

Gaio, D. M. (2019). Cartografias da atualidade ou os vagalumes estão sumindo. *Revista Expressão*, *8*(1), 48-53.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ed. São Paulo, SP: Atlas.

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6ed. São Paulo, SP: Atlas.

Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. Perspectiva.

Gomes, R. (2001). Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In M. C. S. Minayo (Org.), *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (18 ed., pp. 79-108). Vozes.

Gonçalves, A. M. N. (2016). *Valores na produção do DSM-5: análise do debate em torno da proposta da Síndrome Psicótica Atenuada.* (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Gondim, G. M. M., Monken, M., Rojas, L. I., Barcellos, C., Peiter, P., Navarro, M., & Gracie, R. (2008). O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In Miranda, A. C., Barcellos, C., Moreira, J. C., & Monken, M. (Orgs). *Território, Ambiente e Saúde* (pp. 237-255). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.

Guimarães, T. D. A. A., & Rosa, L. C. S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, *21*(44), 111-138.

Hadler, O. H., & Guareschi, N. M. (2010). Nas trilhas do sujeito jovem: entre práticas de institucionalização e políticas públicas. *Mnemosine*, *6*(1), 19-40.

Henna, E. S. (2014). Loucura como doença: a emergência do conceito na modernidade. *Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio: Saberes e práticas científicas*. Anpuh-Rio. http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400288044_ARQUIVO_ElizabeteSHenna.pdf

Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & saúde coletiva*, *14*(1), 297-305.

José, E. N. S. (2010). *Encontro com o povo Sateré-Mawé para um diálogo intercultural sobre a loucura* [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. 10.11606/T.59.2010.tde-23102013-153833

Kantorski, L. P., Cardano, M., Antonacci, M. H., & da Cruz Guedes, A. (2021). Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. *Journal of Nursing and Health*, *11*(2).

Kripka, R. M. L., Scheller, M., & Bonotto, D. L. (2015). Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. *Atas CIAIQ, Congresso Ibero Americano em Investigação Qualitativa*, *2*(4), 243-247.

Kulsar, P. A. M. (2019). Desonra: o biopoder e a coerção sobre as mulheres. *Humanidades & Inovação*, *6*(4), 63-71.

Lancetti, A. (2008). *Clínica Peripatética*. 3ed. São Paulo, SP: HUCITEC.

Leão, A., & Barros, S. (2012). Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, *21*(3), 572-586. https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005

Leão, T. M. (2018). *Loucura, psiquiatria e sociedade: o campo da saúde mental coletiva e o processo de individualização no Brasil* [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].

Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990, 20 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001, 9 abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Lei 12.010, de 3 de agosto de 2009. (2009, 4 agosto). Dispõe sobre adoção; altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado a partir de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm

Lei 13.257, de 8 de março de 2016. (2016, 8 março). Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. *Diário Oficial da União*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm

Leite, M. L. M. (1991). A Roda de Expostos. O Óbvio e o Contraditório da Instituição. *Resgate: Revista Interdisciplinar de Cultura*, *2*(2), 66-75.

Lemos, F. C. S. (2008). O Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil atual. *Revista Psicologia Política*, *8*(15), 93-106.

Lima, A. R. S. (2007). Clínica antimanicomal: clínica da integralidade, territórios existenciais e cidadania. A experiência de Aracaju. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 47-52). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Lima, A. F. (2010). Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no Brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da psicologia social crítica. *Salud & Sociedad*, *1*(3), 165-177.

Lima, R. C. (2019). O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *29*(1), 1-5.

Lobosque, A. M. (2007). Um desafio à formação: Nem a fuga da teoria, nem a recusa da invenção. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 35-44). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Machado, R., Loureiro, A., Luz, R., & Muricy, K. (1978). *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.* Edições Graal.

Machado, F. V. K., & Trindade, V. C. (2019). Seriam as velhas ainda mulheres? Reflexões sobre gênero, (não) velhice e biopoder a partir de capas de Veja e Tpm. *Animus - Revista*

Interamericana De Comunicação Midiática, *18*(36), 282-301. https://doi.org/10.5902/2175497731562

Mângia, E. F. & Lancman, S. (2008). Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, *19*(2).

Mansano, S. R. V. (2012). Alguns desafios colocados para a pesquisa qualitativa na contemporaneidade. *Revista Espaço Acadêmico*, *12*(136), 01-09.

Martinhago, F., & Caponi, S. (2019). Breve história das classificações em psiquiatria. *R. Inter. Interdisc. INTERthesis*, *16*(1), 74-91. https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73

Martins, R. W. A. (2022). *Narrativas infames: a transversalização do cuidado na saúde mental infanto-juvenil*. São Paulo, SP: Dialética.

Martins, L. A. M., & Peixoto Junior, C. A. (2009). Genealogia do biopoder. *Psicologia & sociedade*, *21*(2), 157-165. https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000200002

Martins, M. E. R., Assis, F. B., & Bolsoni, C. C. (2019). Ressuscitando a indústria da loucura?!. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, *(1)*23. https://doi.org/10.1590/Interface.190275

Masiero, A. L. (2003). A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, *10*(2), 549-572. https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000200004

Mattos, D., Ramos, E., & Cruz, S. (2019). A judicialização da saúde e a gestão biopolítica da vida: O Poder Judiciário e as estratégias de controle do sistema de saúde. *Revista Direito e Práxis*, *10*(3), 1745-1768. https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/33610

Mello, S. L. (1999). Estatuto da criança e do adolescente: é possível torná-lo uma realidade psicológica? *Psicologia USP*, *10*(2), 139-151.

Minayo, M. C. S. (2001). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (18 ed). Vozes.

Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Diário Oficial da União.

Ministério da Saúde (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*.

Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. Diário Oficial da União.

Ministério da Saúde. (2012). *Portaria nº 854 de 22 de agosto de 2012*. Diário Oficial da União.

Ministério da Saúde & Conselho Nacional do Ministério Público (2014). *Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos*.

Ministério da Saúde. (2016). *Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015*.

Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017*. Diário Oficial da União.

Ministério da Saúde. (2019). Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Diário Oficial da União.

Miranda, J. S., Guimarães, J. C. S., dos Santos, T. M., Brandão, A. P. L., Santos, T. C. F., & de Almeida Peres, M. A. (2019). Convulsoterapias na prática psiquiátrica brasileira. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(21), 159-168. https://doi.org/10.12707/RIV18082

Monteiro, C. S., & Lira, P. O. (2021). Desafios para pensar a inovação em tempos de crise: uma cartografia no CAPS. *Diaphora*, *10*(1), 69-75.

Moraes, R. & Galiazzi, M. C. (2006). Análise textual discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. *Ciência & Educação*, *12*(1), 117-128. https://doi.org/10.1590/S1516-73132006000100009

Moresco, M. C. (2016). "Vai ter shortinho, sim": um ensaio sobre biopoder e feminismo popular na escola. *Anais do XI ANPED Sul*.

Muñoz, P. F. N. (2011). Habeas Corpus: acordos e desacordos entre a Psiquiatria e o Judiciário (1890-1930). *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH.*

Nalli, M. A. G. (2001). Figuras da loucura em Histoire de la Folie. *Psicologia em estudo*, *6*(2), 39-47.

Neto, J. C. S. (2003). Apontamentos históricos sobre a criança e o adolescente em São Paulo. *Revista Mackenzie Educação, Arte e História da Cultura*, *3*(4), 177-185.

Nicoletto, S. C. S., Cordoni Jr, L., & Costa, N. D. R. (2005). Consórcios intermunicipais de saúde: o caso do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*(1), 29-38.

Nisiide, A. C. B. (2020). *Reclames ao Judiciário: o caso da saúde mental*. [Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Maringá].

Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. (2020). *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil*. Ministério da Saúde: Secretaria da Atenção Primária à Saúde.

Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. (2019). *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Recuperado de https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf

Nunes, L. A. (2017). Os investimentos na colonização do norte do Paraná direcionados pela Companhia Melhoramentos Norte do Paraná, e a comercialização das terras. *Anais do II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: Desafios Contemporâneos*.

Nunes, M. D. O., Lima, J. M. D., Portugal, C. M., & Torrenté, M. D. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*(12), 4489-4498.

Oda, A. M. G. R., & Dalgalarrondo, P. (2004). O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, *7*(1), 128-141. https://doi.org/10.1590/1415-47142004001012

Oliveira, C. F. (2016). A loucura como problema histórico. In: W. J. Mello, Z. M. M. Lima, & A. C. Muniz. (Org.). *História, Memória, Oralidade e Culturas - v. II.* (pp 167-184). EdUECE, 2016.

Oliveira, T. F. R. (2019). *Patologização do luto: uma análise genealógica do DSM.* [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Londrina].

Oliveira, E. A., & Lopes, D. C. (2019). Da (bio)política às biopotências: reflexões sobre as condições atuais das políticas públicas de saúde mental no Brasil. *ACENO-Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, *6*(12), 213-232. https://doi.org/10.48074/aceno.v6i12.8968

Oliveira, E. A. D. & Martins, C. P. (2020). Sobre práticas de medicalização e "loucura": algumas reflexões (in)disciplinadas. *Revista Psicologia e Saúde*, *12*(1), 101-113.

Ornelas, C. (2007). Por uma Reforma Psiquiátrica antimanicomial: Desafios e impasses atuais. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 109-114). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Paiva, A. S. C., Mulinari, B. A. P., & Moser, L. (2018). A institucionalização de crianças e adolescentes como medida de (des) proteção: contradições históricas no contexto brasileiro. *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*.

Paraná, Secretaria de Estado da Saúde. (2014). *Norma Geral de Regulação do Fluxo Assistencial Hospitalar em Saúde Mental*. Curitiba: SESA, 2014.

Pavan, F. J., Meneghel, S. N., & Junges, J. R. (2008). Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cadernos de Saúde Pública*, *24*(9), 2187-2189.

Pelbart, P. P. (2007) Um convite à cultura: nem o império da ordem, nem a inércia do caos. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 11-20). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Pelbart, P. P. (2011). *Vida capital: Ensaios de biopolítica*. São Paulo, SP: Iluminuras.

Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Editora 34.

Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura.* Editora 34.

Pessotti, I. (2006). Sobre a teoria da loucura no século XX. *Temas em Psicologia*, *14*(2), 113-123. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513751429002

Pereira, R. C. (2004). *Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01)* [Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz].

Pereira, S. L. B. (2020). A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. *Sociedade em Debate*, *26*(1), 72-87.

Pinho, A. R. (1982). Aspectos históricos da psiquiatria folclórica no Brasil. *Universitas*, *(29)*1, 15-30. https://periodicos.ufba.br/index.php/universitas/article/view/1263/846

Pinto, A. T. M., & Ferreira, A. A. L. (2010). Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. *Psicologia em Estudo*, *15*(1), 27-34. https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000100004

Pires, J. F., & Resende, L. L. (2016). Um outro olhar sobre a loucura: a luta antimanicomial no Brasil e a Lei 10.216/2001. *Cadernos da Escola de Direito*, *2*(25), 34-47.

Portella, A. A. (2014). Analisando a trajetória das metrópoles industriais às cidades-jardins: os ideais utópicos transformados em cidades-dormitórios. *Arquitetura Revista*, *10*(2), 46–58. https://doi.org/10.4013/arq.2014.102.01

Portocarrero, V. (2002). *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Fiocruz. https://doi.org/10.1590/1415-47142003003013

Pozobon, R. O., & David, C. S. (2019). Foi golpe ou não foi golpe? Análise das estratégias argumentativas de Veja e CartaCapital sobre o processo de impeachment de Dilma Rousseff. *Educação, Cultura e Comunicação*, *10*(19), 35-46.

Projeto de Lei 3.657. (1989). Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Câmara dos Deputados.

Quinderé, P. H. D., de Almeida Sales, F. D., Albuquerque, R. A., & Jorge, M. S. B. (2010). A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: Saúde Mental em Fortaleza, CE. *Saúde em debate*, *34*(84), 137-147.

Ramminger, T., & Brito, J. C. D. (2008). O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, *33*(117), 36-49.

Rassi Neto, E. (2007). A construção da clínica antimanicomial acontece com a sociedade. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 67-70). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Rego, R. L., & Meneguetti, K. S. (2006). A forma urbana das cidades de médio porte e dos patrimônios fundados pela Companhia Melhoramentos Norte do Paraná. *Acta Scientiarum. Technology*, *28*(1), 93-103.

Rego, R. L., Meneguetti, K. S., Neto, G. D. A., Jabur, R. S., & Rissi, Q. (2004). Reconstruindo a forma urbana: uma análise do desenho das principais cidades da Companhia de Terras Norte do Paraná. *Acta Scientiarum. Technology*, *26*(2), 141-150.

Reis, C., Guareschi, N. M. F., & Carvalho, S. (2015). Discursos sobre Família e Risco nas Internações Compulsórias de Usuários de Drogas. *Psico*, *46*(3), 386-399. https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.3.19388

Reis, S. L. C. (2007). Acolhimento das crises: um desafio a enfrentar. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 91-96). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Resende, H. (2007). Política de saúde mental no brasil: uma visão histórica. In S. Tundis & N. Costa (Orgs.), *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas* (pp. 15-69). Letras Contemporâneas.

Resolução SESA nº 715, de 09 de dezembro de 2013. *Institui o Incentivo Financeiro Estadual para implantação de CAPS AD III Regional e Unidade de Acolhimento Regional, na modalidade de repasse "Fundo a Fundo", na Rede de Atenção à Saúde Mental*. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Resolução SESA nº 374, de 16 de maio de 2014. *Altera a Resolução SESA nº 715/2013*. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Resolução SESA nº 1113, de 21 de dezembro de 2021. *Altera o Anexo I da Resolução SESA n° 156/2016 que dispõe sobre a complementação do valor das diárias para os estabelecimentos que atendem exclusivamente a especialidade de psiquiatria e que ofertam leitos SUS destinados ao atendimento de adultos e adolescentes.* Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Resolução CONAD nº 3, de 24 de julho de 2020. *Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas*. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

Ribeiro, S. L. (2004). A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. *Psicologia: ciência e profissão*, *24*(3), 92-99.

Ricieri, J. G. B. P., & dos Santos, M. M. (2016). Aspectos sociais e históricos da infância e políticas públicas para a educação infantil no brasil. *Revista Temas em Educação*, *25*(1), 174-183.

Rizzini, R., & Pilotti, F. (2011). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil* (3ed). Cortez.

Romagnoli, R. C. (2007). A invenção como resistência: por uma clínica menor. *Vivência*, *(1)*32, 97-107.

Rompatto, M. (2011). O processo de (re)ocupação do Noroeste do Paraná nas versões oficiais e na memória popular. *Anais do V Congresso Internacional de História*.

Sales, T. A., & Estevinho, L. D. F. D. (2021). Cartografias de vida-e-morte em territórios pandêmicos: marcas-ferida, necro-bio-políticas e linhas de fuga. *Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer*, *6*(11), 275-293.

Salles, L. M. F. (2005). Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia*, *22*(1), 33-41.

Sander, J. (2010). A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. *Psicologia & Sociedade*, *22*(2), 382-387. https://doi.org/10.1590/S0102-71822010000200019

Santana, C. J., Oliveira, M. L. F. & Marcon, S. S. (2019). Análise documental de prontuário de paciente: uma revisão sistemática da literatura. *REPENF – Rev Par Enferm*, *2*(1), 75-84.

Santos, J. C., Yonezawa, F., & Leão, A. (2019). Loucura e Militância: história de vida resistente na luta antimanicomial. *Revista Polis e Psique*, *9*(1), 30-53.

Sartório, K. R. (2018). A subjetivação da mulher no Conto da Aia de Margaret Atwood. *Anais da XII Semana de História: Conflitos e resistências*.

Scisleski, A. C. C. (2006). *"Entre se quiser, saia se puder": os percursos dos jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul].

Scisleski, A. C. C., Maraschin, C., & Silva, R. N. D. (2008). Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. *Cadernos de saúde pública*, *24*(2), 342-352. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200013

Silva, M. V. O. (2007). A onipresença da política no campo da Reforma Psiquiátrica. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 119-124). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Silva, L. R. C., Damaceno, A. D., Martins, M. C. R., Sobral, K. M., & Farias, I. M. S. (2009). Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. *Anais do IX Congresso Nacional de Educação*, 4554-4566.

Silva, R. N., Scisleski, A. C. C., Hartmann, S. & Pires, M. L. (2009). As patologias nos modos de ser criança e adolescente: análise das internações no Hospital Psiquiátrico São Pedro entre 1884 e 1937. *Psico*, *39*(4), 448-455.

Silva, M. L. B., & Dimenstein, M. B. D. (2014). Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *66*(3), 31-46.

Silva, S. S. (2015). Discursos encarceradores: a contribuição dos operadores do direito na cultura da prisão. *Anais do 5º Seminário de Políticas Sociais no Mercosul – SEPOME, Educat*.

Silva, P. R. F. D., Gama, F. L., & Costa, N. D. R. (2019). Atenção em saúde mental para adolescentes femininas em Unidades Socioeducativas: dilemas de governança e medicalização. *Saúde em Debate*, *43*(spe7), 62-74. https://doi.org/10.1590/0103-11042019S705

Silveira, L., Moreira, A. I. P., Gonçalves, C. C., Bittar, I., Barreto, L., Silva, J. P., ... & Marinho, V. D. (2015). Se você quer prender, não é seguro: problematização da medida de segurança e da internação compulsória de pessoas em sofrimento psíquico. *Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida*.

Simquevits, N. (2020). *Apresentação de pacientes: o que resta ao médico quando o corpo do doente escapa?.* (Monografia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Szmrecsanyi, M. I. (2000). O Modelo das cidades-jardins no norte do novo Paraná. *PosFAUUSP*, *1*(8), 178-197. https://doi.org/10.11606/issn.2317-2762.v0i8p178-197

Taño, B. L., & Matsukura, T. S. (2015). Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, *23*(2), 439-447. https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAR0479

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, *39*(3), 507-514. https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025

Tykanori, R. (2007). Estado e sociedade na produção da Reforma Psiquátrica: Algumas notas. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 125-128). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Vasconcelos, E. M. (2007). Condições históricas, desafios e estratégias para uma Reforma Psiquiátrica. In A. M. Lobosque (Org), *Caderno de saúde mental* (pp. 137-146). Belo Horizonte, MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Vasconcellos, J. (2000). Filosofia e loucura: a ideia de desregramento e a filosofia. In P. Amarante (Org.), *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade* (3ª ed., pp. 13-23). Fiocruz. https://doi.org/10.7476/9788575413197

Venturini, E. (2016). *A Linha Curva: O espaço e o tempo da desinstitucionalização*. Fiocruz.

Vicentin, M. C. G. (2006). Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, *17*(1), 10-17.

Vogel, A. (2011). Do Estado ao Estatuto. Propostas e vicissitudes da política de atendimento à infância e adolescência no Brasil contemporâneo. In I. Rizzini, & F. Pilotti (Orgs), *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil* (3ed, pp. 287-321). Cortez.

Wohnrath, V. P. (2014). Trajetórias, redes e itinerários políticos dos construtores da lei n. 6.697/1979 (código de menores). *Estudos de Sociologia*, *19*(36), 183-204.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Fiocruz. https://doi.org/10.7476/9788575413623.

Yasui, S. (2011). Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, *18*(2), 585-589. https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000200016

Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em debate*, *32*(78/80), 27-37.

Yokoy, T., & Oliveira, M. C. S. L. (2008). Trajetórias de desenvolvimento e contextos de subjetivação e institucionalização de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, *3*(1), 85-95.

Zaniani, E. J. M., & Boarini, M. L. (2011). Infância e vulnerabilidade: repensando a proteção social. *Psicologia & Sociedade*, *23*(2), 272-281.